

**Potilasnäkökulmia epävakaan
persoonallisuushäiriön hoidosta**
Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Nora Kiira

Opinnäytetyö
Kesäkuu 2020
Sosiaali- ja terveysala
Sairaanhoitaja (AMK)

Tekijä(t) Kiira, Nora	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK	Päivämäärä 06/2020
	Sivumäärä 50	Julkaisun kieli Suomi
		Verkkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi Potilasnäkökulmia epävakaan persoonallisuushäiriön hoidosta Kuvaileva kirjallisuuskatsaus		
Tutkinto-ohjelma Sairaanhoitaja (AMK), hoitotyön tutkinto-ohjelma		
Työn ohjaaja(t) Räsänen, Riitta-Liisa Kuisma, Eija		
Toimeksiantaja(t) -		
Tiivistelmä <p>Epävakaaseen persoonallisuushäiriöön liittyy negatiivinen leima terveydenhuollon ammattilaisten joukossa. Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivien potilaiden ajatellaan olevan ailahtelevia ja haastavia hoidettavia. Hoito on raskasta paitsi terveydenhuollon ammattilaiselle, mutta myös potilaalle itselleen. Persoonallisuushäiriö vaikuttaa merkittävästi siihen, miten potilas tarkastelee ja tulkitsee ympäröivää maailmaa.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivät potilaat kokevat saamansa hoidon. Tavoitteena oli kerätä tietoa, joka voi auttaa sairaanhoitajia heidän työssään kohdatessaan näitä potilaita. Kuvailevalla kirjallisuuskatsauksella haluttiin vastaus kysymykseen: Millaisia kokemuksia potilailla on epävakaan persoonallisuushäiriön hoidosta?</p> <p>Tutkimusaineisto koostui yhdeksästä ulkomaalaisesta tutkimusartikkelista, jotka täyttivät sisäänottokriteerit ja vastasivat tutkimuskysymykseen. Aineistosta muodostui sisällönanalyysillä kolme pääluokkaa: palveluihin liittyvät kokemukset, muihin potilaisiin liittyvät kokemukset sekä itseen liittyvät kokemukset. Potilailla oli paljon sanottavaa erityisesti palveluihin liittyen: hoidosta saatiin keinoja ja työkaluja kuntoutumisen tueksi, mutta palvelujen saatavuus ja rakenne kaipaivat viilausta. Moni potilas raportoi myös negatiivisista kokemuksista hoitohenkilöstön kanssa.</p> <p>Suomalainen tutkimus potilasnäkökulmista epävakaan persoonallisuushäiriöön ja sen hoitoon on varsin vähäistä ja ulkomaalaiset tutkimukset tarjoavat tuloksia omissa toimintaympäristöissään ja palvelujärjestelmissään. Olisi siis tärkeää tutkia aihetta myös suomalaisessa palvelujärjestelmässä, jotta potilaita voitaisiin tukea ja hoitaa parhaalla mahdollisella tavalla.</p>		
Avainsanat (asiasanat) epävakaa persoonallisuus, epävakaa persoonallisuushäiriö, potilas, potilasnäkökulmia, potilaskokemuksia, psykiatrinen hoitotyö, mielenterveys- ja päihdehoitotyö		
Muut tiedot (salassa pidettävät liitteet)		

Author(s) Kiira, Nora	Type of publication Bachelor's thesis	Date 06/2020
		Language of publication: Finnish
	Number of pages 50	Permission for web publication: x
Title of publication Patient perspectives to borderline personality disorder Descriptive literature review		
Degree Programme in Nursing		
Supervisor(s) Räsänen, Riitta-Liisa Kuisma, Eija		
Assigned by -		
<p>Abstract</p> <p>Borderline personality disorder is associated with a stigma amongst healthcare professionals. Patients suffering from borderline personality disorder are thought to be volatile and challenging to care for. Care can be taxing not only to a healthcare professional, but the patients themselves. A personality disorder affects the way in which the patients view and construe the world around them.</p> <p>The purpose of the thesis was to examine how patients with borderline personality disorder experienced the care that they received. The aim was to help nurses in their work when encountering these patients. A descriptive literature review was conducted in order to answer the question: What kind of experiences do patients have of the care for borderline personality disorder?</p> <p>The research material consisted of nine foreign articles that filled the admission criteria and answered the research question. By utilizing content analysis, the material was divided into three main categories: experiences with services, experiences with other patients and experiences with self. The patients had a great deal to say about the services: the care provided with means and tools to support rehabilitation, but the availability and structure of the services needed more attention. Many patients also reported on negative experiences with the nursing staff.</p> <p>Finnish research on patient perspectives to borderline personality disorder and its care is sparse, and foreign studies offer results in their own operational environments and service structures. It would be essential to study the topic in a Finnish service structure in order to support and care for the patients in the best possible way.</p>		
Keywords/tags (subjects) borderline personality, borderline personality disorder, patient, patient perspectives, patient experiences, psychiatric nursing, mental health and addiction nursing		
Miscellaneous (Confidential information)		

Sisältö

1	Johdanto	3
2	Persoonallisuushäiriöt	5
3	Epävakaa persoonallisuushäiriö	8
3.1	Oireet ja diagnostiikka	8
3.2	Syntymekanismi	11
3.3	Ennuste ja hoito.....	12
4	Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymys	14
5	Opinnäytetyön toteutus	14
5.1	Tutkimusmenetelmä	14
5.2	Tiedonhakuprosessi ja aineiston valinta	16
5.3	Aineiston analyysi.....	19
6	Tulokset	21
6.1	Palveluihin liittyvät kokemukset	21
6.2	Muihin potilaisiin liittyvät kokemukset	28
6.3	Itseen liittyvät kokemukset	31
7	Pohdinta.....	33
7.1	Eettisyys ja luotettavuus	33
7.2	Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset	35
	Lähteet	40
	Liitteet	43
	Liite 1. Tutkimusaineiston esittely	43

Kuviot

Kuvio 1. C.R. Cloningerin seitsemän faktorin malli	6
Kuvio 2. Epävakaan persoonallisuushäiriön ICD-10-luokitus	9
Kuvio 3. Epävakaan persoonallisuushäiriön DSM-5-luokittelu	10
Kuvio 4. Tiedonhakuprosessi	18
Kuvio 5. Pääluokkien esittely	19
Kuvio 6. Palveluihin liittyvät kokemukset	21
Kuvio 7. Muihin potilaisiin liittyvät kokemukset	29
Kuvio 8. Itseen liittyvät kokemukset	31

Taulukot

Taulukko 1. Sisäänto- ja poissulkukriteerit	17
Taulukko 2. Esimerkki analyysiprosessista	21

1 Johdanto

Epävakaa persoonallisuushäiriö koskettaa vain pientä väestönosaa (1-2 %). Amerikkalaisten tutkimusten mukaan se on kuitenkin jopa kymmenellä prosentilla psykiatrisen avohoidon ja 15-25 prosentilla psykiatrisen osastohoidon potilailla. (Marttunen, Eronen & Henriksson 2017, 482; Leichsenring, Leibing, Kruse, New & Leweke 2011, 74.) Epävakaa persoonallisuushäiriö on siis varsin tuttu diagnoosi eritoten psykiatrisessa hoitotyössä, mutta kyseisestä persoonallisuushäiriöstä kärsiviä tavataan myös muualla terveydenhuollossa, sillä he ovat ahkeria terveydenhuoltopalvelujen kuluttajia (Leichsenring ym. 2011, 74).

Potilaiden hoitaminen on haastavaa ja kuluttavaa sekä hoitavalle taholle että myös potilaalle itselleen. Potilas on helposti impulssiensa ja tunteidensa vietävissä, mikä aiheuttaa vaikeuksia vuorovaikutussuhteissa vaikuttaen myös kohtaamisiin potilaan ja hoitajan välillä. Vuorovaikutussuhteen luominen saattaa olla vaikeaa, potilaan sitouttaminen hoitoon voi olla haastavaa ja potilaan herkistynyt kyky lukea sanatonta viestintää saattaa aiheuttaa väärinkäsityksiä. (Marttunen ym. 2017, 482; Koivisto, Stenberg, Nikkilä & Karlsson 2009, 128; Melartin & Koivisto 2010, 2389-2393.) Vaihhtelevasti käyttäytyvä, helposti kiivastuva potilas saattaa herättää hoitavassa tahossa turhautumisen ja rasittumisen tunteita.

Kansainvälisissä tutkimuksissa on käynyt ilmi, että epävakaasta persoonallisuudesta kärsiviin potilaisiin liitetään edelleen ennakkoasenteita. Potilaat saatetaan nähdä manipuloivina ja haastavina eikä oikeasti sairaina. Potilaat saattavat leimautua myös aikasyöpöiksi ja huomionhakuksiksi. Nämä ennakkoasenteet saavat hoitajat suhtautumaan potilaisiin kyynisesti, mikä voi näkyä hoidon laadun heikentymisenä. (Weight & Kendal 2013, 35-36; King 2014, 30-31.)

Opinnäytetyön tarkoitus on tarkastella ja koota aiheeseen liittyvää aineistoa sekä tuoda esiin potilasnäkökulma epävakaan persoonallisuushäiriön hoitoon. Tavoitteena on auttaa sairaanhoitajia ymmärtämään potilaita, jotka kärsivät epävakaasta persoonallisuushäiriöstä. Opinnäytetyössä halutaan vastata kysymykseen: millaisia kokemuksia potilailla on epävakaan persoonallisuushäiriön hoidosta?

2 Persoonallisuushäiriöt

Persoonallisuudelle ei nykypäivänä ole yhtä tarkkaa määritelmää, vaan se vaihtelee tieteellisestä näkökulmasta ja koulukunnasta riippuen. Voidaan kuitenkin ajatella, että persoonallisuudella tarkoitetaan paitsi sisäistä kokemusmaailmaamme, jonka pohjalta tulkitsemme ympäröivää maailmaa ja reagoimme siihen, mutta myös ulospäin näkyvää toimintaamme; millaisiin ihmissuhteisiin hakeudumme ja miten muut ihmiset meihin reagoivat. (Metsäpelto & Feldt 2009, 18.) Persoonallisuus on paitsi varsin pysyvä ja ennustettava, mutta myös iän ja kokemusten myötä kehittyvä osa meitä (Metsäpelto & Feldt 2009, 18-19). Persoonallisuuden kehitykseen vaikuttavia tekijöitä ovat muun muassa kognitiiviset ja geneettiset tekijät, ympäristö, lapsuuden varhaiset kokemukset ja elämässä saadut myöhemmät kokemukset (Toivio & Nordling 2013, 68).

Niin persoonallisuuden kuin sen häiriöiden juuret ulottuvat lapsuuteen saakka. Persoonallisuushäiriöt liittyvät ensisijaisesti yksilön kehityksen varrella tapahtuneisiin perustarpeiden laiminlyömiseihin. (Marttunen ym. 2017, 472-473.) Persoonallisuushäiriön kehittymiseen voivat vaikuttaa muun muassa kielteiset ympäristötekijät lapsuudessa kuten väkivalta tai vanhempien päihdeongelmat. On myös näyttöä siitä, että persoonallisuushäiriöillä voi olla geneettistä sekä biologista taustaa. Psykodynaaminen näkökulma katsoo persoonallisuushäiriöiden olevan seurausta lapsen erillistymis-yksilöitymisvaiheessa tapahtuneista häiriöistä. (Marttunen ym. 2017, 475.)

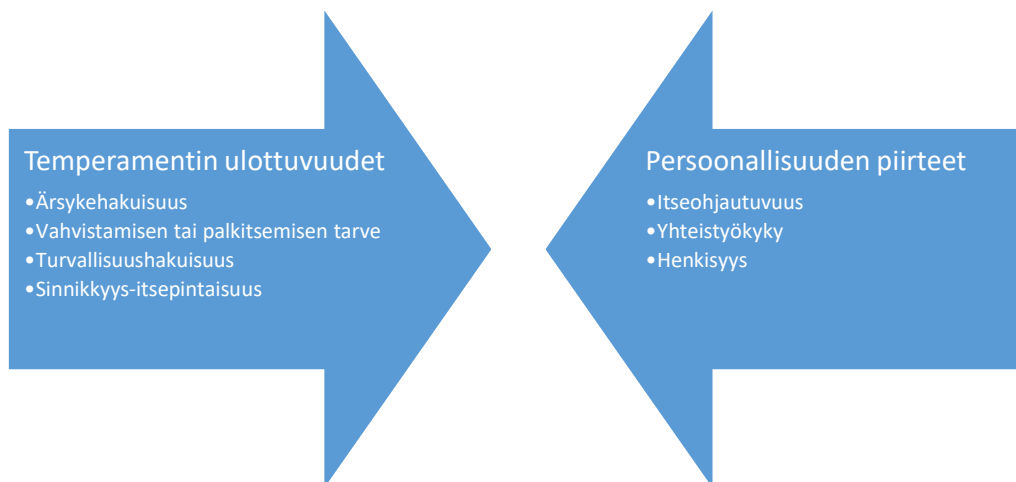
Persoonallisuushäiriöitä on arvioitu esiintyvän kansainvälisesti 5-15% väestöstä ja suomalaisessa Terveys 2000-tutkimuksessa persoonallisuushäiriöitä esiintyi 7%:lla. Kulttuuriset tekijät saattavat vaikuttaa persoonallisuushäiriöiden esiintymiseen. Häiriöitä on myös todennäköisemmin miehillä, alemmissa sosiaaliryhmissä, eronneilla sekä kaupungissa asuvilla. (Marttunen ym. 2017, 474.)

Persoonallisuushäiriö vaikuttaa potilaan tapaan suhtautua muihin sekä itseensä eikä potilas aina itse huomaa käyttäytymisensä ongelmallisuutta, vaikka se lähipiirissä haasteita aiheuttaisikin. Haasteet sosiaalisissa suhteissa ovat persoonallisuushäiriöistä kärsivillä potilailla varsin tavallisia. (Marttunen ym. 2017, 472-473.) Tutkimukset ehdottavat, että persoonallisuushäiriö voi vaikuttaa myös yksilön vanhemmuuteen. Äideillä, joilla on diagnosoitu persoonallisuushäiriö, voi olla muun muassa haasteita luoda lapsen lämmintä ja turvallista kiintymyssuhdetta sekä tunnistaa lapsen tarpeita ja tunteita. (Steele, Townsend & Grenyer 2019, 15-16.)

Raja persoonallisuushäiriön ja normaalin persoonallisuuden välillä on häilyvä. Sanoetaan, että tuo raja ylittyy, kun normaalit persoonallisuuden piirteet korostuvat voimakkaasti ja ne alkavat vaikuttaa negatiivisesti niin ihmiseen itseensä, hänen mentaalisatiokykyynsä sekä vuorovaikutukseen hänen ympäristönsä kanssa. (Koivisto ym. 2009, 16; Toivio & Nordling 2013, 161.) Nämä piirteet, sekä normaalit että korostuneet, asettuvat jatkumolle, jonka avulla persoonallisuushäiriöitä voidaan arvioida. Häiriöiden arvioimiseen on kaksi lähestymistapaa: dimensionaalinen ja kategoriaalinen lähestymistapa. (Marttunen ym. 2017, 471.)

Dimensionaalinen malli pyrkii rajaamaan normaalia ja poikkeavaa persoonallisuutta tarkemmin tiettyjen persoonallisuuden piirteiden tai sen ulottuvuuksien sekä näiden kahden yhdistelmien ja painottumisen mukaan (Marttunen ym. 2017, 471). Se sallii persoonallisuuden tarkastelun yksilöllisesti ja monipuolisesti myös yksilön vahvuuksien kautta ongelmiin keskittymisen sijaan. Dimensionaalinen lähestymistapa onkin potilaille mieluisampi ja vähemmän leimaava malli. (Koivisto ym. 2009, 17.) Vaikka dimensionaalinen lähestymistapa on ollut vahva apu persoonallisuuden ja käyttäytymisen tutkimisessa, ei se kuitenkaan ole kyennyt vetämään selkeitä, kliinisesti hyödynnettäviä ja hoitotyötä ohjaavia rajoja normaalin ja poikkeavan persoonallisuuden välille (Marttunen ym. 2017, 471). Kuviossa 1 esitelty C.R. Cloningerin seitsemän faktorin malli on yksi esimerkki dimensionaalisesta lähestymistavasta. Malli arvioi persoonallisuutta neljän biologiaan perustuvan temperamentin ulottuvuuden sekä kolmen

henkilön ympäristön ja henkilökohtaisten kokemusten rakentamien persoonallisuuden piirteiden kautta. (Marttunen ym. 2017, 471).



Kuvio 1. C.R. Cloningerin seitsemän faktorin malli (Marttunen ym. 2017, 271)

Kategoraalinen näkökulma persoonallisuushäiriöiden tutkimiseen näkyy muun muassa diagnoosiluokituksissa, jotka jaottelevat häiriöt omiin erillisiin kategorioihinsa piirteistä muodostettujen kokonaisuuksien mukaan. Kategoriaalisen lähestymistavan vahvuus piilee sen havainnollisuudessa. Se kykenee kuvaamaan persoonallisuutta kokonaisuutena, mutta se pystyy kuvaamaan myös yksittäisiä persoonallisuuden piirteitä. Ongelmaksi muodostuu kuitenkin se, että potilaiden persoonallisuushäiriöt saattavat olla sekamuotoisia tai heidän persoonallisuutensa voi käsittää useamman häiriödiagnoosin. (Marttunen ym. 2017, 271.) Kategoriaalista lähestymistapaa on kritisoitu myös siitä, että se vetää jokseenkin epämääräisen rajan normaalin persoonallisuuden ja persoonallisuushäiriön välille. On tulkitsijasta kiinni, mikä katsotaan normaaliksi ja mikä epänormaaliksi. (Koivisto ym. 2009, 16.)

3 Epävakaa persoonallisuushäiriö

Epävakaa persoonallisuushäiriö kiteytetään erään näkökulman mukaan voimakkaaseen psyykkiseen tuskaan ja kykenemättömyyteen ilmaista ja käsitellä sitä (Koivisto ym. 2009, 12, 15). Kirjallisuudesta välittyy kuva lyhyellä sytytyslangalla varustetusta, impulsiivisesta ja kiihkeästä ihmisestä. Toisaalta epävakasta persoonallisuushäiriöstä kärsivä potilas piirtyy herkkänä ja epävarmana henkilönä, joka on hukassa tunteidensa ja identiteettinsä kanssa. (Marttunen ym. 2017, 481; Koivisto ym. 2009, 21-27.)

1-2% väestöstä on diagnosoitu epävakaa persoonallisuushäiriö. Amerikkalaisten tutkimusten mukaan epävakasta persoonallisuushäiriöstä kärsivien potilaiden määrä kipuaa jopa 10%:iin psykiatristen avohoitopotilaiden ja 15-25%:iin osastohoidossa olevien potilaiden joukossa. (Marttunen ym. 2017, 482; Leichsenring ym. 2011, 74.) Häiriötä tavataan useimmin nuorilla, naimattomilla naisilla sekä vähän koulutetuilla, pienituloisilla henkilöillä (Epävakaa persoonallisuus 2015). Valitettavasti itsemurha-kuolleisuus on suuri epävakasta persoonallisuushäiriöstä kärsivien joukossa: potilaista 8-10% päätyy itsemurhaan (Leichsenring ym 2011, 75).

3.1 Oireet ja diagnostiikka

Epävakaan persoonallisuushäiriön oireet voidaan niputtaa kolmeen eri ryhmään: tunne-elämän epävakauteen, impulsiivisuuteen ja itsetuhoisuuteen sekä ihmissuhteiden ja identiteetin ongelmiin. Amerikan psykiatriyhdistys APA on sittemmin lisännyt mukaan myös neljännen ryhmän: ajattelu- ja havaintotoimintojen vaikeudet. (Koivisto ym. 2009, 17, 20.) Potilaiden oireenkuvat voivat olla varsin monimuotoisia ja

DSM-5-diagnoosin vaativan kriteeristön (kuvio 3) voi saavuttaa yli 150 yhdistelmällä (Koivisto ym. 2009, 17).

ICD-10-luokitus (kuva 2) jaottelee epävakaan persoonallisuushäiriön kahteen eri tyyppiin: impulsiiviseen sekä rajatilatyyppiin, joista ensimmäiselle tunnusomaista on räjähdysaltis tunne-elämän epävakaus sekä impulssikontrollin puute. Jälkimmäistä luonnehtivat itsepintainen tyhjyyden tunne, vaikeudet asettaa ja saavuttaa päämääriä, sekä minäkuvan vääristyneisyys. Rajatilatyyppille on myös ominaista hylätyksi tulemisen pelko sekä epävakaat ihmissuhteet, jotka voivat johtaa toistuviin kriiseihin ja tätä kautta itsetuhoisuuteen. (Marttunen ym. 2017, 481.)

F60.30 Impulsiivinen häiriötyyppi	F60.31 Rajatilatyyppi
<ul style="list-style-type: none"> •A. Täyttää persoonallisuushäiriön kriteeristön •B. Täyttää myös kaksi alla olevista: •toimii impulsiivisesti pohtimatta jälkivaikutuksia •riitaisuus, eritoten kritiikin kohteena ollessa •kuohahtava vihaiisuus ja väkivaltaisuus, puutteelliset kyvyt hallita näitä kuohahduksia •ei kykene ylläpitämään toimintaa ellei se palkitse välittömästi •tunne-elämän epävakaus 	<ul style="list-style-type: none"> •A. Täyttää persoonallisuushäiriön kriteeristön •Täyttää myös F60.30 B-osioista vähintään kolme ja vähintään kaksi alla olevista: •epävakaus minäkuvassa, sisäisessä motivaatiossa sekä seksuaalisessa suuntautuneisuudessa •taipumus hakeutua heittelehtiviin, intensiivisiin ihmissuhteisiin, jotka johtavat toistuviin tunne-elämän kriiseihin •hylätyksi tulemisen pelko ja sen kiivas vältteleminen •toistuva itsetuhoinen toiminta tai sillä uhkaaminen •itsepintainen tyhjyyden tunne

Kuvio 2. Epävakaan persoonallisuushäiriön ICD-10-luokitus (Epävakaa persoonallisuus 2015)

301.83 Rajatilapersonallisuushäiriö

- Kiivaat yritykset välttää tulemasta hylätyksi, oli se sitten todellista tai kuvitteellista
- Epävakaat, intensiiviset ihmissuhteet, joissa suhtautuminen toiseen puoliskoon vaihtelee äärilaidasta toiseen, idealisoinnista halveksuntaan
- Häiriöt identiteetissä
- Impulssikontrollin vähäisyys tai puute vähintään kahdella itselle vahingollisella alueella (esimerkiksi päihteiden käyttö, seksuaalinen käyttäytyminen tai liikennekäyttäytyminen)
- Toistuva itsetuhoisuus (mukaan lukien viiltely) tai sillä uhkailu
- Tunne-elämän merkittävä epävakaus
- Itsepintainen tyhjyyden tunne
- Vihaisuus tai kykenemätömyys hallita vihaa
- Stressin yhteydessä ilmenevä hetkellinen paranoidisuus tai dissosiativiset oireet

Kuvio 3. Epävakaan persoonallisuushäiriön DSM-5-luokittelu (Epävakaat persoonallisuus 2015)

Muita luokittelutaulukoissa mainitsemattomia piirteitä ja oireita voivat olla muun muassa voimakas häpeän tunne liittyen esimerkiksi kritiikkiin tai omiin tunnereaktioihin, tunnereaktioiden pitkittyminen, päihteiden käyttö, harkitsemattomat seksisuhteet sekä ihmissuhteisiin liittyvä vihamielisyys ja turvattomuus. (Epävakaat persoonallisuus 2015.) On myös tavallista, että epävakaan persoonallisuushäiriön ohessa potilailla ilmenee myös muita mielenterveydenhäiriötä. Jopa 85%:lla potilaista on todettu mielialahäiriö, ahdistuneisuushäiriö, päihdeongelma, jokin toinen persoonallisuushäiriö tai neuropsykiatrinen häiriö. Ahdistuneisuushäiriöstä kärsii jopa 88% epävakaasta persoonallisuushäiriötä sairastavista potilaista. ADHD on löydetty 20%:lla potilaista. Kaksisuuntaista mielialahäiriötä puolestaan sairastaa 10-20% epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivistä potilaista, mikä saattaa vaikeuttaa oikean diagnoosin tekemistä. (Kulacaoglu & Kose 2018, 4-5.)

Diagnoosia tehdessä voidaan hyödyntää strukturoitua haastattelua sekä erilaisia arviointiasteikkoja, joista saatua tietoa täydennetään vielä muilla kliinisillä havainnoilla. On kuitenkin muistettava, ettei diagnoosia voi tehdä ainoastaan yhden haastattelun

perusteella, vaan potilaasta ja tämän oireilusta on saatava mahdollisimman laaja-alainen kuva pidemmältä aikaväliltä. Persoonallisuushäiriön oireiston täytyy myös olla läsnä potilaan nuoruusaikana. (Epävakaa persoonallisuus 2015.) Epävakaata persoonallisuushäiriötä ei kuitenkaan juuri diagnosoida ennen aikuisikää, vaikka oireet saattavat näkyä hyvinkin selvästi jo murrosiässä ja on ehdotettu, että diagnoosin voisi tehdä luotettavasti jo murrosikäiselle nuorelle. Kliinikkojen joukossa vallitsee siitä huolimatta ajatus, että koska persoonallisuus muovautuu vielä tässä vaiheessa elämää, ei diagnoosia tehdä ennen potilaan tulemistä täysi-ikäiseksi. (Stepp 2012, 2.)

3.2 Syntymekanismi

Epävakaan persoonallisuushäiriön syntyyn vaikuttavat niin yksilön ympäristöstä sekä henkilökohtaisista kokemuksista kumpuavat tekijät kuin geneettisetkin tekijät, joskin persoonallisuushäiriön syntyyn ei vielä ole pystytty liittämään tiettyjä geenejä (Leichsenring 2011, 75). Joillakin potilailla epävakaa persoonallisuushäiriö voi pohjata myös neurologisiin tai neurokognitiivisiin häiriöihin. (Marttunen ym. 2017, 482.) Käypä hoito (2015) esittää epävakaan persoonallisuuden syntyyn kaksi mallia: altistusmalli, jonka mukaan epävakaa persoonallisuus seuraa altistavia tekijöitä ja niiden vuorovaikutusta sekä komplikaatiomalli, jonka mukaan epävakaa persoonallisuus seuraa aiempia psykiatrisia häiriöitä.

Eräänä merkittävänä syntymekanismina pidetään lapsuusvuosina syntynyttä erillistymis-yksilöitymiskehityksen häiriötä, joka voi aiheutua muun muassa lapsuudessa tapahtuneista tunnetason laiminlyömisistä, menetyksistä, seksuaalisesta hyväksikäytöstä tai vaikka esimerkiksi vanhemman mielenterveysongelmista. Turvattomien kiintymyssuhteiden on todettu lisäävän yksilön riskiä kehittää persoonallisuushäiriö. (Marttunen ym. 2017, 482; Koivisto ym. 2009, 46.) Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivien potilaiden omissa kertomuksissa kiintymyssuhteet kuvautuvat monesti

emotionaalisesti arvaamattomina ja etäisinä (Stepp 2012, 3.) Tietyt yksilön persoonallisuuden ydinpiirteet yhdistettynä turvattomaan kiintymyssuhteeseen voi olla yhteydessä epävakaan persoonallisuushäiriön syntyyn (Ramos, Canta, de Castro & Leal 2016, 226).

On myös esitetty, että epävakaalla persoonallisuudella olisi myös yhteys ihmisen temperamenttiin. On mahdollista, että epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivät potilaat ovat syntyjään tavallista haavoittuvaisempia temperamentiltaan kuin muut. (Koivisto ym. 2009, 41.) Lisäksi on teorioitu, että turvaton kiintymyssuhde vaikuttaa yksilön tunnesäätelyyn hermostollisella tasolla, mikä vaikuttaa osaltaan epävakaan persoonallisuushäiriön syntyyn (Stepp 2012, 3.)

3.3 Ennuste ja hoito

Epävakaan persoonallisuuden Käypä hoito-suosituksen (2015) mukaan epävakaa persoonallisuus ja sen oireet sekä piirteet tapaavat helpottua iän myötä. Persoonallisuushäiriöön liittyvät impulsiiviset piirteet kuten itsetuhoisuus ja toistuvat itsemurhayritykset vähenevät iän myötä (Leichsenring 2011, 75). Samalla helpottuvat myös samanaikaiset mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöt, joskin epävakaan persoonallisuuden kanssa esiintyvä masennus voi hidastaa persoonallisuushäiriöstä toipumista. (Epävakaa persoonallisuus 2015.) Toisaalta on myös esitetty, ettei samaan aikaan esiintyvä masennus hidastaisi epävakaan persoonallisuushäiriön remissiota ja sen sijaan epävakaa persoonallisuushäiriö voisi hidastaa masennuksesta kuntoutumista. (Leichsenring 2011, 75.) Terveydelle haitalliset elämäntavat ja terveyspalvelujen ahkera käyttö ennustavat huonoja hoitotuloksia (Epävakaa persoonallisuus 2015).

Epävakaan persoonallisuuden hoito on haastavaa potilaiden impulsiivisuuden, taantuvuuden sekä ajelehtivuuden vuoksi (Marttunen ym. 2017, 482). Haasteet tunne-

elämän säätelyssä aiheuttavat potilaalle kärsimystä ja alentavat hänen toimintakykyään. Olisikin tärkeää muun muassa potilaan hoitoon sitoutumisen kannalta, että jo hoitosuhteen alussa potilas saisi kokemuksia siitä, että tunteita on mahdollista säädellä. (Koivisto ym. 2009, 128.) On hoidon ja potilaan kannalta hyödyllistä, että hoidon tavoitteet sekä sen vastuuhenkilöt suunnitellaan selkeästi (Marttunen ym. 2017, 483).

Epävakaan persoonallisuushäiriön hoito tapahtuu ensisijaisesti julkisessa terveydenhuollossa avohoidon puolella (Leppänen, Hakko, Sintonen & Lindeman 2016, 216), joskin akuutit kriisivaiheet, etenkin jos niihin liittyy itsetuhoisuutta, saattavat vaatia osastohoitoa. Psykoterapeuttiset hoitomenetelmät nousevat epävakaan persoonallisuuden hoidossa merkittäviksi. Ne voivat auttaa potilasta muun muassa kehittämään vuorovaikutustaitojaan sekä vähentämään itsetuhoista käytöstä. (Marttunen ym. 2017, 483-484.) Esimerkiksi skeematerapian on todettu vähentävän epävakaasta persoonallisuudesta kärsivien nuorten naisten persoonallisuushäiriön vaikeusastetta, siihen liittyvää ahdistuneisuutta ja masennusta sekä parantavan heidän elämänlaatuun. Persoonallisuushäiriöistä kärsivät saattavat myös hyötyä ryhmämuotoisesta terapiasta. (Epävaka persoonallisuus 2015.) Yksityiseen psykoterapiaan pääseminen on kuitenkin joillekin potilaille haastavaa vaikean oireilun sekä Kansaneläkelaitoksen tukeman psykoterapian hakukriteeristön vuoksi. Siksi moni potilaista saakin yksilöpsykoterapiaa julkisella puolella. Viime vuosina julkiselle puolelle on valjastettu käyttöön myös ryhmämuotoisia terapioiden hyödyntäviä hoitomenetelmiä. Tästä esimerkkinä Oulussa pilotoitu epävakaan persoonallisuuden hoitomalli, joka yhdisteli skeematerapian ja dialektisen käyttäytymisterapian sekä ryhmä- ja yksilöterapian elementtejä. (Leppänen 2015, 22.)

Koska monen potilaan persoonallisuushäiriö pohjaa kehityksen varrella tapahtuneisiin kielteisiin kokemuksiin, on psykoterapia lääkehoitoa tuloksekkaampi vaihtoehto (Huttunen 2008, 237). Saatavilla oleva tutkimustieto epävakaan persoonallisuushäiriön lääkehoidosta on vaihtelevaa ja osittain ristiriitaista (Leichsenring 2011, 79). Jos

lääkehoitoa lähdetään toteuttamaan, perustuu se lähinnä yksittäisten oireiden tai samaan aikaan ilmenevien mielenterveyden häiriöiden hoitoon. Lääkehoitoa suunnitlessa muistettava olemassa oleva riski lääkeitsemurhaan tai lääkkeiden väärinkäyttöön sekä monilääkitykseen. (Huttunen 2008, 236-237; Epävakaata persoonallisuus 2015.)

4 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymys

Opinnäytetyön tarkoitus on tarkastella potilaiden kokemuksia epävakaan persoonallisuushäiriön hoidosta. Tavoitteena on auttaa sairaanhoitajia ymmärtämään potilaita, jotka kärsivät epävakaasta persoonallisuushäiriöstä.

Opinnäytetyössä halutaan vastata kysymykseen:

Millaisia kokemuksia potilailla on epävakaan persoonallisuushäiriön hoidosta?

5 Opinnäytetyön toteutus

5.1 Tutkimusmenetelmä

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus valikoitui tutkimuksen menetelmäksi, koska tutkittavasta aiheesta ja sen erityispiirteistä sekä siihen liittyvästä aineistosta haluttiin muo-

dostaa kattava kuva. Opinnäytetyön tutkimuskysymys oli myös melko laaja, käsittää-
hän epävakaan persoonallisuushäiriön hoito monenlaisia menetelmiä ja palveluita
potilaiden tukemiseksi. Tähän tarkoitukseen kuvaileva kirjallisuuskatsaus sopi oivalli-
sesti. (Suhonen ym. 2016, 9.)

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus sallii asetelmiltaan ja menetelmiltään erilaisten tutki-
musten sekä erityyppisten aineistojen tarkastelun. (Suhonen ym. 2016, 9; Kangas-
niemi ym. 2013, 296.) Koska epävakaan persoonallisuushäiriön hoitoa tarkastellaan
opinnäytetyössä potilaan silmin, tuli kerätyn aineiston olla monimuotoista ja koke-
musperäistä. Tästä syystä haluttiin opinnäytetyöhön valikoida menetelmä, joka mah-
dollistaisi myös muiden kuin tieteellisten artikkelien sisällyttämisen.

Hyvin toteutettu kirjallisuuskatsaus antaa mahdollisuuden muodostaa kattavan ja
selkeän kuvan tutkittavasta aiheesta ja auttaa ymmärtämään sitä. Se voi myös toimia
hoitotyön kehittämisen työkaluna, mikä on yksi tämän opinnäytetyön perimmäisistä
tavoitteista. (Suhonen ym. 2016, 7; Niela-Vilén & Hamari 2016, 23, 33.) Onnistuak-
seen kirjallisuuskatsaus vaatii tekijältään tuntemusta tutkimuksen aiheesta sekä viite-
kehyksestä. Kirjallisuuskatsaus toimiikin oivallisena oppimiskokemuksena opiskeli-
jalle. (Hirsjärvi ym. 2016, 259.)

Kirjallisuuskatsauksen työstäminen alkaa määrittämällä tutkimuksen tarkoitus sekä
tutkimusongelma. Työlle määritetään aihe, kohderyhmä ja keskeiset käsitteet, joita
avataan luotaessa tutkimuksen viitekehystä. Nämä tutkimuksen ensiaskeleet antavat
työlle jo alustavaa suuntaa. (Niela-Vilén & Hamari 2016, 24.) Kuvailevassa kirjallisuus-
katsauksessa tutkimuksen vaiheiden päällekkäisyys on varsin tavallista ja määrittä-
essä tutkimuskysymystä on tapana tehdä alustavia kirjallisuushakuja olemassa olevan
aineiston sekä mahdollisten aiheesta jo tehtyjen tutkimusten kartoittamiseksi (Kan-
gasniemi ym. 2013, 294-295; Niela-Vilén & Hamari 2016, 24.)

Tutkimuksen ensiaskelista edetään aineiston hakuun ja katsaukseen sisällytettävän kirjallisuuden valintaan (Niela-Vilén & Hamari 2016, 25.) Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen aineiston valinta tapahtuu tutkimuskysymyksen ohjaamana. Juuri tässä vaiheessa korostuu se, miten aineistolähtöinen kuvaileva kirjallisuuskatsaus on tutkimusmenetelmänä. On myös tavallista, että ainakin osa aineiston analyysistä tapahtuu jo valitsemisvaiheessa. (Kangasniemi ym. 2013, 295.)

5.2 Tiedonhakuprosessi ja aineiston valinta

Aineistohaku tehtiin elo-syyskuussa 2019. Haku aloitettiin määrittelemällä hakusanat ja -lausekkeet. Hakusanojen luomisessa hyödynnettiin MeSH- ja FinMeSH-sanahakua. Käytetyt hakusanat ja -lausekkeet on esitelty kuviossa 4. Ennen varsinaista aineistohakua tehtiin koehakuja laajasti niin kotimaisiin kuin kansainvälisiinkin tietokantoihin, jotta saatiin alustava kuva siitä, mitä tietokantoja aineistohaussa kannattaa hyödyntää. Tässä vaiheessa kävi ilmi, ettei kotimaisista tietokannoista löydy aineistoa, joka vastaisi tutkimuskysymykseen. Varsinaisessa aineistohaussa päädyttiin siis käyttämään kansainvälisiä tietokantoja. Täten kaikki kerätty aineisto on englanninkielistä.

Kansainvälisistä tietokannoista aineistoa löytyi reilusti. Hakutulokset käytiin huolellisesti läpi ja rajattiin sisäänotto- ja poissulkukriteerejä hyödyntäen (ks. taulukko 1). Lopullisiksi tietokannoiksi valikoituivat Pubmed, Medline (EBSCO) sekä Cinahl Plus Full Text (EBSCO).

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
<ul style="list-style-type: none"> • Aineistossa käsitellään epävakaata persoonallisuushäiriötä ja sen hoitoa tai jotakin hoitoprosessin vaihetta • Aineistossa tarkastellaan aihetta potilasnäkökulmasta • Englannin- tai suomenkielinen • Aineisto on julkaistu viimeisen kymmenen vuoden sisällä • Aineisto on julkaistu luotettavassa lähteessä 	<ul style="list-style-type: none"> • Aineisto käsittelee yleisesti persoonallisuushäiriöitä tai jotakin muuta kuin epävakaata persoonallisuushäiriötä • Ei käsittele epävakaan persoonallisuushäiriön hoitoa tai hoitoprosessin vaihetta • Aineistossa tarkastellaan aihetta lääkärin, hoitajan tai perheenjäsenen näkökulmasta • Aineisto on yli kymmenen vuotta vanha • Ei englannin- tai suomenkielinen • Kokotekstiä ei ole saatavilla

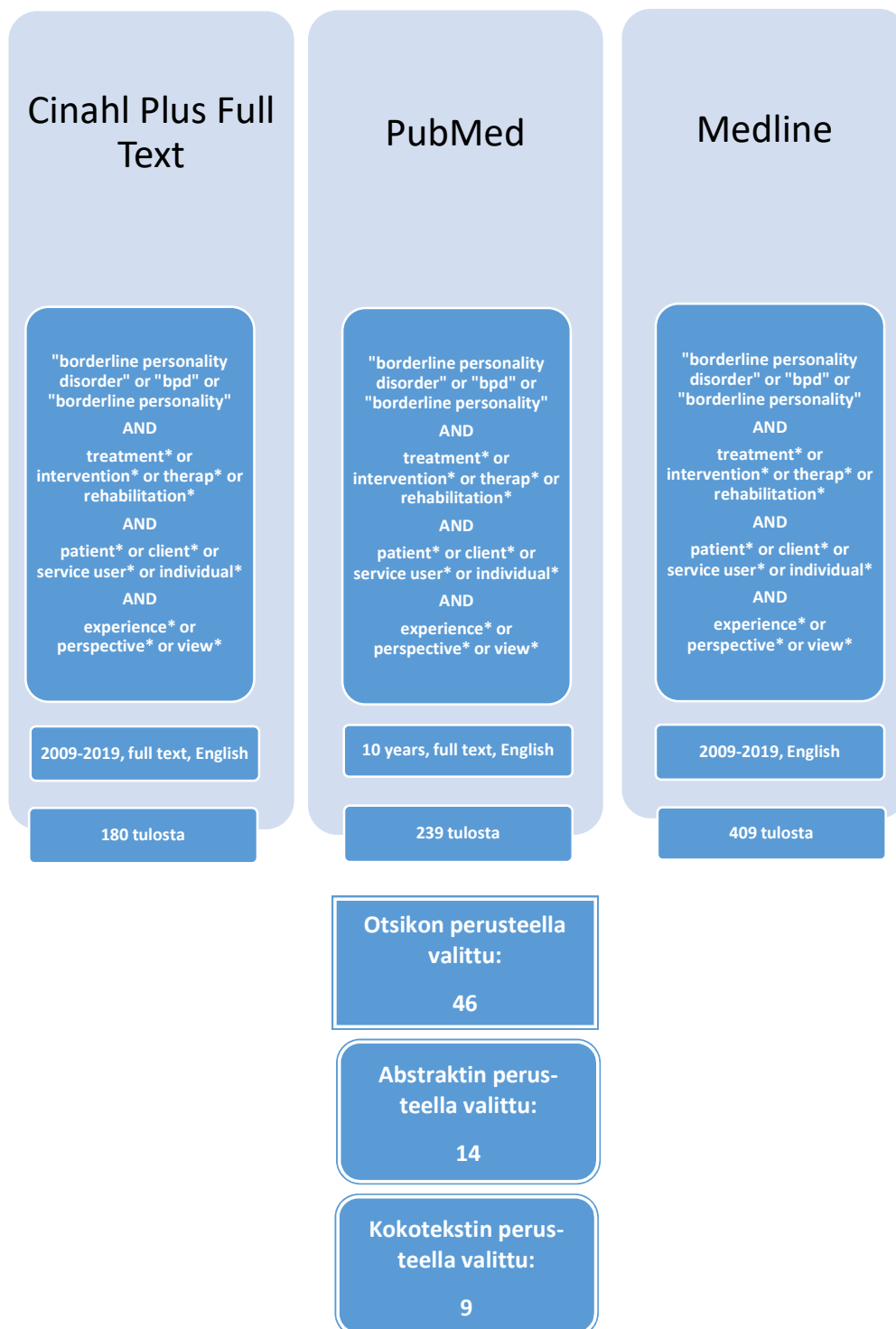
Taulukko 1. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Haasteeksi muodostui ilmaisten kokotekstiaartikkelien huono saatavuus. Ongelma ratkaistiin hyödyntämällä Google Scholar-tietokantaa. Yksi artikkeli saatiin suoraan yhdeltä alkuperäistutkimuksen tutkijoista ResearchGate-yhteisöpalvelun kautta.

Aineiston rajaaminen aloitettiin otsikoiden perusteella pois rajaamisesta. Otsikot, jotka eivät vastanneet sisäänottokriteerejä, jätettiin valinnan ulkopuolelle. Pois jäi muun muassa artikkeleita, jotka käsittelivät epävakaan persoonallisuushäiriön hoitoa hoitohenkilöstön tai perheen näkökulmasta tai liittyivät johonkin somaattiseen sairauteen. Ulkopuolelle jäivät myös artikkelit, jotka käsittelivät epävakaan persoonallisuushäiriön lisäksi muitakin persoonallisuushäiriöitä. Aineistoa valittaessa oli kuitenkin huomioitava se, että epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivillä potilailla on monesti myös muita samanaikaisesti esiintyviä mielenterveyden häiriöitä, myös persoonallisuushäiriöitä. Rajatessa aineistoa abstraktien ja sisältöjen perusteella komorbiditeihin mielenterveyden häiriöihin suhtauduttiin joustavasti, kunhan artikkelin fokus oli epävakaassa persoonallisuushäiriössä.

Kun aineisto oli valittu, käytiin se vielä muutamaan kertaan tarkasti läpi. Kokotekstin perusteella oli valikoitunut alun perin 13 artikkelia, joista neljä jäi pois. Artikkeleista

kolme kosketti tutkimuskysymystä kevyesti ja epätarkasti. Yksi artikkeleista oli meta-synteesi, joka jätettiin valinnan ulkopuolelle, koska alkuperäisartikkelit nähtiin parempana tiedonlähteenä. Kaiken kaikkiaan opinnäytetyön aineistoksi valikoitui yhdeksän alkuperäisartikkelia (ks. kuvio 4). Tutkimusartikkelit on esitelty liitteessä 1.

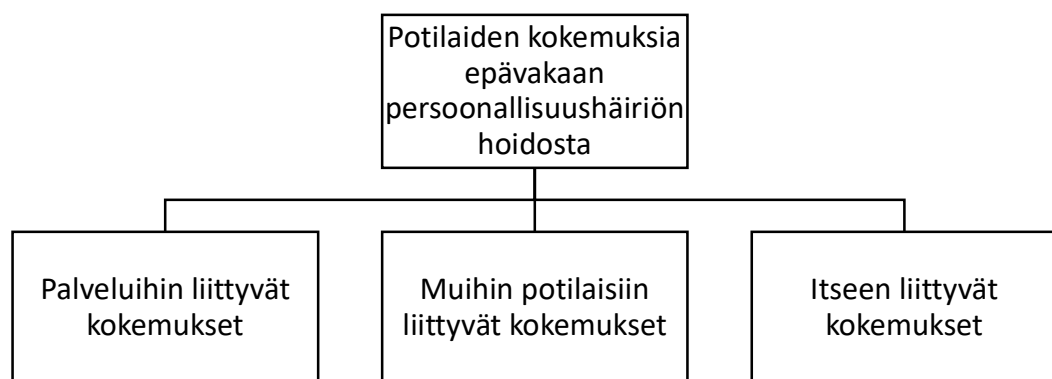


Kuvio 4. Tiedonhakuprosessi

5.3 Aineiston analyysi

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on itsessään varsin aineistolähtöinen tutkimuksen menetelmä (Kangasniemi ym. 2013, 291). Oli siis luonnollinen jatkumo toteuttaa sisällönanalyysi induktiivisesti eli aineistoon pohjaten. Induktiivisessa sisällönanalyysissä tutkimuskysymyksen ohjaamana valikoidaan analysoitavaksi nostettavat teemat, käsitteet ja kuvaukset aineistosta (Kangasniemi & Pölkki 2016, 86).

Sähköisistä lähteistä tulostettu aineisto käytiin läpi useaan kertaan tarkasti kiinnittäen erityistä huomiota englanninkielisen aineiston kääntämiseen ja ymmärtämiseen. Tutkimuskysymyksen ohjaamana aineistoa lähdettiin redusoimaan eli pelkistämään. Alkuperäisaineistosta merkittiin korostustussilla opinnäytetyön valossa kiinnostavat asiat ja jätettiin pois tutkimuksen kannalta epäolennainen tieto. Tämän jälkeen aineistosta nousseet ilmaisut kirjoitettiin eri värisille tarralapuille, joiden avulla aineisto klusteroitiin eli ryhmiteltiin ala- ja pääluokkiin. Tulokset jakautuivat kolmeen pääluokkaan, jotka on esitelty kuviossa 5. Viimeisenä aineisto abstrahoitettiin eli käsitteellistettiin. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 123-127.)



Kuvio 5. Pääluokkien esittely

Alla olevassa taulukossa 2 on kuvattu esimerkki analyysiprosessista. Taulukossa esitellään joitakin alkuperäisilmaisuja, jotka redusoidtiin ja klusteroitiin sitten alaluokkiin, jotka esitellään tarkemmin tuloksissa.

Alkuperäis-ilmaisu	<i>“Six of the participants attended rolling groups and most found the arrival of new members disruptive to the therapy. Kevin believed that it interfered with the trust that had already been built among members and others felt that openness was impeded by the arrival of new members as the process of building trust had to begin again. (Lonergain, Hodge & Line 2017, 21.)”</i>	<i>“Thirty-two patients (89%) discussed the sense of connection among group members where more than half (n = 24; 67%) believed that being in the company of similar others allowed them to bond and develop an understanding that they were not alone in experiencing such difficulties (Tan, Lee, Averbek, Brand-de Wilde, Farrell, ym. 2018, 9).”</i>	<i>“Participants described that they have managed or want to understand themselves more and make sense of their problems, their actions and their thinking patterns, as well as the reasons underlying why they behave in certain ways (Katsakou, Marougka, Barnicot, Savill, White, ym. 2012, 3).”</i>
Pelkistetty ilmaisu	Ns. “kiertävissä ryhmässä” jäsenten vaihtuvuus häiritsi terapiaa ja vaikutti negatiivisesti ryhmän sisäiseen luottamukseen (Lonergain ym. 2017, 21).	Vertaisten kanssa kohtaaminen loi yhteyden tunteen toisiin ja sai potilaat ymmärtämään, etteivät he ole yksin ongelmiansa kanssa (Tan ym. 2018, 9).	Hoito auttoi potilaita ymmärtämään paremmin itseään ja ongelmiaan sekä näkemään toimintoihin ja ajatusmalleihin vaikuttavat tekijät (Katsakou ym. 2012, 3).

Alaluokka	Hoidon rakenne	Vertaistuki	Ymmärrys ja itsemyötätunto
Pääloukka	Palveluihin liittyvät kokemukset	Muihin potilaisiin liittyvät kokemukset	Itseen liittyvät kokemukset

Taulukko 2. Esimerkki analyysiprosessista

6 Tulokset

6.1 Palveluihin liittyvät kokemukset

Palveluihin liittyvien kokemusten yläluokka jaettiin viiteen alaluokkaan. Luokat on esitelty kuviossa 6.



Kuvio 6. Palveluihin liittyvät kokemukset

Palvelujen saatavuus

Tutkimuksissa potilaat olivat pettyneitä palveluiden saatavuuteen (Lawn & McMahon 2015, 514; Morris, Smith & Alwin 2014, 253; Ng, Townsend, Miller, Jewell & Grenyer 2019, 6). Lawnin ja McMahonin (2015, 514) tutkimuksessa 52% potilaista kertoi kohdanneensa vaikeuksia palveluiden saatavuudessa johtuen taloudellisista syistä, pitkistä jonotusajoista, palvelujen etäisyydestä tai siitä, ettei potilaan tilan katsottu olevan riittävän huono hoidon saamiseksi. Potilaat kokivat myös, ettei hoitohenkilöstöllä ollut osaamista tai halukkuutta työskennellä heidän kanssaan, koska heidät nähtiin riskialttiina ja haastavina (Morris ym. 2014, 253).

Hoitoon pääsemisen vaikeus korostui osastohoidon kohdalla. Yli puolet (57,4%) osastohoitoon hakeneista potilaista oli jäänyt vaille toivomaansa hoitoa, koska osastolla ei ollut tilaa tai potilaan vointi ei ollut tarpeeksi huono osastohoitoon. (Lawn & McMahon 2015, 514.) Potilaat kokivat, että palvelut ennemminkin reagoivat akuutteihin kriiseihin kuin pyrkivät ennaltaehkäisemään niitä. Osastohoitoon pääseminen vaati välittömän uhkan itsensä satuttamisesta. (Morris ym. 2014, 253.) Osastohoidon epäminen herätti potilaissa pettymystä sekä tunteita torjutuksi tulemisesta ja he kokivat olevansa hukassa, mikä vaikutti negatiivisesti heidän motivaatioonsa hakeutua uudelleen hoitoon (Helleman, Lundh, Liljedahl, Daukantaité & Westling 2018, 6).

Psykoedukaatio

Psykoedukaatio koettiin arvokkaana ja hyödyllisenä. Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä saatu tieto auttoi potilaita ymmärtämään itseään paremmin. Se tarjosi selityksiä ja antoi potilaille työkaluja oireiden hallitsemiseen. (Morris ym. 2014, 253; Tan ym. 2018, 6.) Diagnoosin yhteydessä saadun psykoedukaation koettiin vaikuttavan

siihen, miten potilaat suhtautuivat diagnoosiinsa ja antavan diagnoosille kontekstin (Morris ym. 2014, 252; Ng ym. 2019, 4).

Tutkimuksissa potilaat ilmaisivat, että psykoedukaatio oli vähäistä tai sitä ei saanut ollenkaan (Morris ym. 2014, 253; Lawn & McMahon 2015, 513; McSherry, O'Connor, Hevey & Gibbons 2012, 542). Psykoedukaation vähäisyyden tuloksena potilaat eivät ymmärtäneet, mitä diagnoosi tarkoittaa (Morris ym. 2014, 253). Paikatakseen puuttuvaa tietoa, potilaat hakivat tietoa itse internetistä, mutta tulokset olivat niukkoja ja löytyvä tieto herätti potilaissa ahdistusta (McSherry ym. 2012, 542).

Hoidosta saadut keinot ja tuki

McSherry ja muut (2014, 544) havaitsivat, että dialektiseen käyttäytymisterapiaan osallistuneet potilaat – jopa ne, jotka jättivät hoitonsa kesken – oppivat tunnetaitoja ja pystyivät hoidon myötä myös ymmärtämään heitä ympäröiviä ihmisiä paremmin. Terapiassa opitut keinot auttoivat heitä selviytymään haastavista tilanteista ilman, että he nojautuivat vahvasti terveydenhuoltopalveluihin (mts. 545). Mentalisaatioon perustuvassa hoidossa omaksuttu taito nähdä asiat useammasta näkökulmasta auttoi potilaita käsittelemään haastavia tilanteita paremmin (Lonergán ym. 2017, 22.) Terapia- tai hoitotyypistä riippumatta potilaat kertoivat hoidosta saatujen taitojen näkyneen positiivisina muutoksina heidän ihmissuhteissaan. Tunnetaitojen omaksuminen ja ymmärrys niin toisia kuin itseä kohtaan olivat potilaiden silmissä keskeisessä roolissa epävakaa persoonallisuushäiriöstä kuntoutumisessa (Ng ym. 2019, 4-5).

Hoidossa opittuja tunnetaitoja olivat muun muassa tunteiden tunnistaminen ja erilaisten selviytymiskeinojen käyttäminen. Potilaat oppivat tunnistamaan henkilökohtaisia triggeriteitä ja toimintamallejaan, mikä haastoi heitä tekemään muutoksia elämässään ja antoi heille tunteen toimijuudesta (Ng ym. 2019, 5). Tan ja muut (2018)

havaittavat, että skeematerapiassa olleet potilaat löysivät yhteyden tunteisiinsa ja olivat niistä tietoisempia. Yhteyden synnyttyä potilaat pystyivät järkeistämisen sijaan todella kokemaan traumaattisiin kokemuksiin liittyvät tunteet. Skeematerapia auttoi potilaita tunnistamaan sisäisiä prosessejaan ja loi ymmärrystä itseä kohtaan, mikä puolestaan antoi heille mahdollisuuden muuttaa haitallisia käyttäytymismallejaan ja toimintatapojaan. Potilaat pystyivät hyödyntämään terveellisiä selviytymiskeinoja lankeamatta itsetuhoiseen toimintaan kuten itsensä satuttamiseen tai päihteiden käyttöön. (mts. 6-7.) Potilaat pystyivät myös hallitsemaan rankaisevan vanhemman moodia ymmärrettyään, mistä se kumpuaa (mts. 8).

Tutkimuksissa potilaat oppivat myös monenlaisia taitoja suhteessa toisiin ihmisiin ja ympäröivään maailmaan. He oppivat tarkastelemaan asioita pohjautuen paitsi omiin kokemuksiinsa, mutta myös toisten näkökulmiin (Ng ym. 2019, 5). Terapiaryhmät auttoivat potilaita näiden taitojen opettelussa. Yksilöterapiassa teoriassa opitut keinot vietiin käytäntöön terapiaryhmissä, jotka potilaat näkivät eräänlaisina testilaboratorioina. Ryhmissä potilaat saivat myös myönteisiä kokemuksia toisista, mikä auttoi heitä näkemään heitä ympäröivät ihmiset positiivisemmassa valossa. (Lonargáin ym. 2017, 22.) Lonargáinin ja muiden (2017, 22) tutkimuksessa potilaat reflektoivat yksilöterapiassa tilanteita henkilökohtaisesta elämästään, mikä tuki mentalisaatiota ja auttoi heitä olemaan tekemättä oletuksia toisista.

Tutkimuksista löytyi myös potilaiden kokemuksia osastohoidon tarjoamasta tuesta ja keinoista epävakaa persoonallisuushäiriön hallitsemisessa. Helleman, Goossens, Kaasenbrood ja Achterberg (2014, 48-49) havaitsivat tutkimuksessaan, että lyhyet oloa vakauttavat jaksot osastolla auttoivat potilaita pysäyttämään alkavan tai meneillään olevan kriisin. Erityisen tärkeiksi tekijöiksi kriisin pysäyttämisessä ja siitä ylipääsemisessä nousivat osastolla hoitajan kanssa käydyt keskustelut. Potilaat kuvasivat keskusteluja tärkeimmäksi asiaksi osastohoidossa. Keskustelut aktiivisesti kuuntelevan hoitajan kanssa auttoivat potilaita avautumaan vaikeista asioista, joista eivät muuten kriisin ja voimakkaiden tunteiden keskellä pystyneet puhumaan.

Hoitajilta saadun keskusteluavun ohella lyhyet osastojaksot auttoivat potilaita pysymään kiinni arkielämän rooleissa kuten vanhemmuudessa, koulutuksessa tai työelämässä. Lisäksi lyhyt osastojakso antoi tauon arjen vastuista ja salli potilaille heidän kaipaamaansa lepoa, vertaistukea ja struktuuria. Rutiinit osastolla auttoivat potilaita saamaan kiinni normaaleista arjen struktuureista. Jo tieto siitä, että heillä oli mahdollisuus vakauttavaan osastojaksoon, lisäsi potilaiden turvallisuudentunnetta. Myös jakson ennustettavuus ja tieto päivittäisistä keskusteluista vaikuttivat positiivisesti potilaiden kokemukseen turvallisuudesta. (Helleman ym. 2014, 51-52; Helleman ym. 2018, 3-5.)

Hoidon rakenne

Tutkimuksissa potilaat antoivat arvoa yksilö- ja ryhmäterapian yhdistelmälle terapia-tyypistä riippumatta ja kokivat, että yksilö- ja ryhmätapaamiset täydensivät toisiaan. Ryhmäterapiassa potilaat oppivat ja toivat käytäntöön uusia taitoja ja selviytymiskeinoja, mutta yksilöterapiassa oli mahdollisuus käsitellä herkkäluontoisempia aiheita tai asioita, jotka jäivät ryhmätapaamisissa mietityttämään tai vaativat tarkennusta. Lisäksi yksilöterapia tuki potilaita osallistumaan avoimemmin ryhmäterapiaan. Yksilöterapiaa arvostettiin enemmän ja osa potilaista näki sen keskeisenä osana hoitoa. (McSherry ym. 2014, 543; Tan ym. 2018, 11; Lonergán ym. 2017, 21.)

Ryhmäterapioihin liittyen potilaat antoivat monenlaista palautetta. McSherryn ja muiden (2014, 543) tutkimuksessa dialektiseen käyttäytymisterapiaan osallistuneet potilaat olivat tyytymättömiä ryhmätapaamisten keston: kaksi tuntia ei ollut tarpeeksi ja tapaamisiin toivottiin edes puolen tunnin jatkoa. Potilaat kaipasivat myös enemmän joustavuutta vahvasti strukturoituihin tapaamisiin. Tan ja muut (2018, 11) puolestaan kertoivat, etteivät skeematerapiaan osallistuneet potilaat kaivanneet ryhmätapaamisia määräänsä enempää. Potilaat kokivat kaksi kertaa viikossa pidettävät ryhmätapaamiset rankkoina, joskin tapaamisten vähetessä loppua kohden, potilailla

oli vaikeuksia sopeutua harveneviin tapaamisiin. He myös toivoivat, että kaksi vuotta kestänyt terapia olisi jatkunut pidempään. Terapian loppuessa, potilaita vaivasi tunne siitä, etteivät he olleet ehtineet edistyä hoidon aikana tarpeeksi. (mts. 12.) Ryhmässä tapahtuvan vaihtuvuuden koettiin vaikuttavan negatiivisesti potilaiden väliseen luottamukseen (Lonargáin 2017, 21).

Potilaat kokivat terapioiden sisällöt ajoittain intensiivisinä. Skeematerapian suora, traumaattiset kokemukset kursailematta kohtaava työote koettiin kuluttavana ja jopa pelottavana (Tan ym. 2018. 8-9). Potilaat pitivät terapiassa käytetyistä kokemuksellisista menetelmistä, jotka auttoivat terapiaan liittyvien konseptien ja käsitteistön sisäistämisessä. Enemmistön mielestä skeematyöskentely oli alkuun haastavaa sisäistää, mutta työskentelystä saatu hyöty oli haasteita suurempi (mts. 11-12). Potilaat arvostivat myös skeematerapian potilaslähtöistä otetta ja räätälöitävyyttä ja näkivät skeematerapialle ominaisen moodityöskentelyn olevan hyödyllinen muillekin kuin epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsiville (mts. 8-9).

Lonargáinin ja muiden (2017, 21) tutkimuksessa potilaat osallistuivat julkisessa terveydenhuollossa mentalisaatioon perustuvaan hoitoon ja ennen varsinaisen terapian alkamista, kukin ryhmän jäsen oli käynyt terapiaan valmistelevilla käynneillä 3-4 viikon ajan. Potilaat olivat tyytyväisiä käynteihin, joiden aikana he muun muassa tutustuivat omaan yksilöterapeuttiinsa, opettelivat mentalisaatiotekniikoita ja totuttelivat viikoittaisiin terapiatapaamisiin. Valmistelevien tapaamisten sisältö koettiin kuitenkin liian intensiivisenä.

Osastolla lyhyillä osastojaksoilla potilaat antoivat arvoa yksilöidylle hoitosuunnitelville, jotka olivat arvioitavissa ja uudelleen räätälöitävissä heidän tarpeittensa mukaan (Helleman ym. 2014, 48). Potilaiden mielestä osaston selkeät rutiinit olivat hyvä asia ja he arvostivat hoitoon kuuluvia päivittäisiä keskusteluja hoitajan kanssa (mts. 49). Mahdollisuus osallistua erilaiseen urheiluun ja ryhmätapaamisiin oli myös suuressa arvossa potilaiden joukossa (mts. 51).

Yleisesti ottaen potilaat kaipasivat erilaisia psykoterapioita sekä matalan kynnyksen palveluita kuten päivätoimintaa. Potilaat kokivat, että epävakaaseen persoonallisuushäiriöön erikoistuneet palvelut auttaisivat heitä parhaiten. He olivat sitä mieltä, että nykyisellään palvelut olivat turhan pinnallisia eivätkä vastanneet heidän avuntarpeeseensa. (Morris ym. 2014, 252-253.)

Hoitohenkilöstö

Kohtaamiset hoitohenkilöstön kanssa kuvattiin tutkimuksissa niin positiivisessa kuin negatiivisessakin valossa. Lawn & McMahon (2015, 513) havaitsivat tutkimuksessaan, että kaksikolmasosa potilaista kertoi kohdanneensa epäkunnioittavaa ja syrjivää kohtelua hoitohenkilöstön puolesta ja huonot kokemukset painoutuivat erityisesti osastohoitoon. Potilaita joko ei otettu todesta, syrjittiin epävakaan persoonallisuushäiriön vuoksi tai kohdeltiin epäkunnioittavasti. Huonoja kokemuksia hoitohenkilöstöstä raportoitiin myös Morrisin ja muiden (2014, 253-254) tutkimuksessa, jossa potilaat kokivat henkilökunnan olleen vastahakoisia työskentelemään heidän kanssaan, koska heidät nähtiin haastavina ja monimutkaisina potilaina. Potilaat olivat kohdanneet hoitajia, joita ei juurikaan kiinnostanut kuunnella heitä ja tuntuivat syyllistävän tai arvostelevan heitä. Hoitajat saattoivat olla kiinnostuneempia organisoimaan hoitoa kuin tarjoamaan emotionaalista tukea. Potilaat kuvasivat myös hoitajien ajan ja tiedon puutetta, mikä vaikutti hoidon laatuun ja riittävyyteen. Tällaiset kohtaamiset voimistivat potilaiden kärsimystä ja vaikeuttivat avoimien ja rehellisten vuorovaikutussuhteiden syntyä. Potilaiden kohtaamat ennakkoluulot ja syrjintä johtivat pahimmillaan siihen, etteivät he enää uskaltaneet hakea apua huonon kohtelun pelossa (Ng 2019, 4).

Toki kaikki kohtaamiset henkilöstön kanssa eivät olleet negatiivisia. Hoitajat, jotka olivat aidosti kuunnelleet, halunneet auttaa ja kohdelleet potilaita ihmisinä ja yksi-

löinä, herättivät potilaissa toivoa ja vaikuttivat positiivisesti heidän itsetuntoonsa. Positiiviset kokemukset herättivät potilaissa luottamusta. Lisäksi henkilöstön positiivinen asenne hoitoon ja heidän kokemuksensa hoidon tehokkuudesta auttoi potilaita suhtautumaan positiivisemmin diagnoosiinsa. (Morris ym. 2014, 253.)

Yksilöterapeutteihin liittyvät kokemukset olivat pääosin positiivisia. Luottamussuhteen luominen terapeuttiin oli tärkeää. Luottamussuhteen rakentumiseen kulunut aika vaihteli yksilöllisesti. Sen merkitys nähtiin kuitenkin tärkeänä hoidon kannalta. (Lonargáin, Hodge & Line 2017, 20.) Yksilöterapeuttien ajateltiin olevan muun muassa kannustavia, älykkäitä ja tilannetajuisia. Hyvissä terapiasuhteissa potilaat kokivat yhteyttä terapeuttiin ja tunsivat saavansa tukea. Myös ryhmäterapeutteja kehoitettiin avuliaiksi, ennakkoluulottomiksi, kannustaviksi ja tilannetajuisiksi. Joitakin huonoja kokemuksia mahtui mukaan. Jotkut potilaat olivat pettyneitä yksilöterapeuttiin, koska kokivat tulleen väärin ymmärretyiksi. (Tan ym. 2018, 12.)

Osastolla potilaat toivoivat hoitajilta avointa ja lämmintä vastaanottoa ja kertoivat sen olevan tärkeämpää kuin moni arvasikaan (Helleman ym. 2018, 3). Potilaat kertoivat tunteneensa olonsa turvalliseksi, kun he kokivat olleensa tervetulleita, nähtyjä ja kuultuja (Helleman ym. 2014, 50). Akuutin kriisin ollessa päällä hoitajilta saatu tuki, kunnioitus ja tunteiden validointi auttoivat potilaita keskustelemaan avoimesti tunteistaan ja ajatuksistaan. Potilaat toivoivat myös, etteivät hoitajat hätkähtäisi heidän tunnepurkauksiaan, vaan jatkaisivat heidän kohteluaan entiseen malliin. (Helleman ym. 2018, 3; Helleman ym. 2014, 50.) Ilman turvallista kontaktia hoitajan kanssa potilaat kokivat jännittyneisyyttä, vihaa, menetystä sekä torjutuksi tulemisen tunnetta eikä osastojaksolla ollut täten toivottua positiivista vaikutusta. (Helleman ym. 2014, 50.)

6.2 Muihin potilaisiin liittyvät kokemukset

Muihin potilaisiin liittyvät kokemukset jaettiin kahteen alaluokkaan, jotka on esitelty alla (ks. kuvio 7.).



Kuvio 7. Muihin potilaisiin liittyvät kokemukset

Vertaistuki

Muilta potilailta saatu vertaistuki nähtiin enimmäkseen positiivisessa valossa. Muiden epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivien kohtaamisen koettiin vievän pois yksinäisyyden ja irrallisuuden tunnetta. Kokemus siitä, ettei ole yksin ongelmiansa kanssa, lievensi potilaiden itseensä lyömää leimaa ja muovasi jopa heidän käsitystään omasta identiteetistä. Omien kokemusten jakaminen muille toi potilaille lohtua. (McSherry ym. 2012, 543-544; Tan ym. 2018, 9-10.) Yhteisen kokemuspohjan koettiin luovan myös luottamusta potilaiden välille (Lonargáin ym. 2017, 20). Toisaalta suhteessa muihin potilaisiin koettiin myös ulkopuolisuuden tunnetta eikä tunnetta yhteydestä ollut, jos toiset olivat erilaisissa elämänvaiheissa. Lisäksi potilaat kuvasivat turhautumisen tunteita vertaillessaan itseään muihin, kuntoutumisessaan pitemmälle edenneisiin potilaisiin. (Tan ym. 2018, 10.)

Vuorovaikutus muiden potilaiden kanssa koettiin paitsi voimavarana, mutta myös haasteena osastohoidossa. Aikaisempien hoitojaksojen myötä tutuiksi tulleiden potilaiden välillä oli ymmärrystä heidän yksilöllisistä tilanteistaan, mutta potilaalla oli riski

päätyä huolehtimaan toisen hyvinvoinnista omansa sijaan, jos omien, turvallisten rajojen vetämisessä oli haasteita. (Helleman, Goossens, Kaasenbrood & Achterberg 2014, 51.)

Luottamus ja turvallisuuden tunne

Luottamus ja turvallisuuden tunne terapiaryhmissä oli potilaista tärkeää. Luottamusuhteen muihin ryhmän jäseniin sekä turvallisuuden kokemuksen ryhmässä nähtiin vaikuttavan merkittävästi potilaiden motivaatioon osallistua ryhmän toimintaan rehellisesti ja avoimesti. Avoimeen keskusteluun osallistuminen asetti potilaat haavoittuvaan asemaan. (Lonargáin ym. 2017, 20; Tan ym. 2018, 9.)

Lonargáinin ym. (2017, 19-21) tutkimuksessa potilaat kokivat, että terapiaryhmässä tapahtunut jatkuva potilaiden vaihtuminen vaikutti ryhmässä koettuun turvallisuuden tunteeseen ja luottamuksen rakentumiseen. Uudet potilaat ikään kuin hyppäsivät kesken matkaan, mikä hidasti potilaiden integroitumista ryhmään. Joillakin luottamuksen löytämisessä kesti jopa useita kuukausia. Jatkuva vaihtuvuus ryhmän jäsenissä sai ryhmän tuntumaan potilaista epävarmalta ja epämukavalta. Myös vähäisemmät muutokset terapiaryhmässä kuten ryhmän vetäjien vaihtuvuus ja jäsenten vaihteleva läsnäolo vaikuttivat potilaiden turvallisuuden kokemukseen ja toi ryhmään epävakautta, joka oli joillekin potilaille vaikeaa sietää (McSherry ym. 2012, 543).

Tan ja muut (2018, 10) havaitsivat tutkimuksessaan, että ryhmän henkilökemiat ja ryhmän jäsenten sukupuoli vaikuttivat ryhmässä koettuun luottamukseen ja turvallisuuteen. Toisten ryhmän jäsenten kielteiset reaktiot potilaan rehellisiin mielipiteisiin veivät rohkeutta rehelliseen vuorovaikutukseen myöhemmin ja saivat jotkut potilaat vetäytymään keskustelusta. Vastakkaiseen sukupuoleen liittyvät stereotyypit ja epä-

luottamus vaikeuttivat herkistä, eritoten seksuaalisuuteen liittyvistä asioista keskustelua, kun ryhmissä oli sekä miehiä että naisia. Pitemmällä aikavälillä vastakkaisen sukupuolen läsnäolo nähtiin kuitenkin hyödyllisenä, ennakkoluuloja rikkovana tekijänä.

6.3 Itseen liittyvät kokemukset

Potilaisiin itseensä liittyvät kokemukset jakautuivat kahteen alaluokkaan. Nämä luokat esitellään alla kuviossa 8. Luokkia avataan tarkemmin kuvion jälkeen.



Kuvio 8. Itseen liittyvät kokemukset

Ymmärrys ja itsemyötätunto

Hoidon myötä potilaat huomasivat ymmärryksen ja myötätunnon itseään kohtaan lisääntyneen. Hoito auttoi heitä tulemaan sinuiksi itsensä kanssa. Oppiessaan tunnistamaan ja sietämään tunteita potilaat pystyivät suhtautumaan sekä tunnereaktioihin että itseensä hyväksyvämmiin. (Lonargáin ym. 2017, 22; Katsakou ym. 2012, 3; Ng ym. 2019, 5.) Myös ymmärrys siitä, mistä rankaisevuus itseään kohtaan kumpuaa, auttoi potilaita suhtautumaan armeliaammin itseään kohtaan (Tan ym. 2018, 8).

Ryhmissä saadun vertaistuen ja toisiin potilaisiin samaistumisen myötä potilaat saivat uudenlaisen käsityksen itsestään eivätkä enää nähneet heidän identiteettinsä koostuvan pelkästään epävakaasta persoonallisuushäiriöstä. (McSherry ym. 2012, 543-544). Toisaalta kuntoutumisen edetessä jotkut potilaista kokivat uuden identiteetin rakentamisen vaikeana, koska heidän identiteettinsä oli rakentunut persoonallisuushäiriön tai siihen liittyvän trauman ympärille. Jotkut jopa kokivat kadottaneensa identiteettinsä kokonaan. (Ng ym. 2019, 5.)

Sisäinen voima

Potilaat kuvasivat tutkimuksissa erilaisia voimaannuttavia kokemuksia hoidon ja kuntoutumisen etenemisen myötä. Yhtenä tärkeänä teemana nousi esiin itsetunnon ja itsevarmuuden kasvaminen. Vaikka ajoittain usko itseen saattoi olla matalalla, kuntoutuessa potilaiden itsetunto kasvoi ja he kykenivät näkemään itsessään enemmän vahvuuksia. He uskalsivat olla itsevarmempia ja vahvempia suhteessa toisiin ihmisiin eivätkä pelänneet olla haavoittuvaisia, pitää puoliaan tai ilmaista itseään avoimesti. He menivät rohkeasti kohti haasteita. (Tan ym. 2018, 8; Katsakou ym. 2012, 3-4.)

Osastojaksoilla potilaille annettu vastuu omasta kuntoutumisesta tuki heidän itsenäisyyttään ja oli voimaannuttava kokemus suurimmalle osalle potilaista. Saatu vastuu ja onnistunut hoitajakso vahvisti potilaiden itsevarmuutta. Osa potilaista tosin koki vastuun turhan suurena taakkana. (Helleman ym. 2014, 52; Helleman ym. 2018, 3.)

Hoidon myötä potilaat pystyivät irrottamaan itsensä diagnoosin ympärille rakentuneesta identiteetistä, mikä haastoi itseen kohdistuvaa stigmaa ja auttoi potilaita hallitsemaan oireita. Tämä antoi potilaille toivoa ja kasvatti heidän sisäistä voimaansa sekä motivaatiota pyrkiä tavoitteisiin. (McSherry ym. 2012, 544; Tan ym. 2018, 7.)

Kuntoutumisen edetessä potilaat alkoivat nähdä heidän läpikäymänsä vaikeudet vahvistavina tekijöinä. He ajattelivat oppineensa paljon kuntoutumisprosessin aikana ja pystyivät näkemään, miten suuren työn he olivat tehneet kuntoutumisen eteen. Potilaat pitivät sisäistä motivaationa tärkeänä osana kuntoutumista. Sisäistä motivaatiota herättelevänä tekijänä mainittiin toivo, jota potilaat saivat muun muassa hoitoon hakeutumisesta, ihmissuhteista ja työelämästä tai koulutuksesta. Hoitoon hakeutuessa toivoa herätti hyvä hoitosuhde, kun taas ihmissuhteissa, opinnoissa ja työelämässä voimaa saatiin hoidosta saatuja keinoja hyödyntäessä ja huomatessa oma kehitys kuntoutumisprosessissa. Lisäksi potilaat saivat ihmissuhteista sekä työelämään ja opintoihin osallistumisesta osallisuuden, yhteyden ja kuuluvuuden kokemuksia, jotka olivat heille merkityksellisiä. (Ng ym. 2019, 4-6.)

7 Pohdinta

7.1 Eettisyys ja luotettavuus

Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa ei ole niinkään koeasetelmiin tai ihmisarvoon liittyviä eettisiä kysymyksiä kuten esim. kysely- tai haastattelupohjaisessa laadullisessa tutkimuksessa saattaisi olla (Hirsjärvi ym. 2016, 25). Sen sijaan katsauksen eettisyys kiteytyy tutkimuksessa tehtyihin valintoihin, kuten tutkimuskysymyksen valintaan, sekä raportointiin (Kangasniemi ym. 2013, 297). Tutkimuksessa on muistettava hyvät tieteelliset käytännöt sekä rehellinen ote tutkimuksen tekemiseen (Hirsjärvi ym. 2016, 23-27). Opinnäytetyössä pyrittiin huolelliseen raportointiin lähteisiin nojaten ja lähdemerkintöjen oikeaoppista käyttöä painottaen. Tutkimustulokset perustuvat valittuun aineistoon eli ne ovat todeksi vahvistettavissa.

Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus nivoutuivat vahvasti toisiinsa. Läpinäkyvyys tutkimuksen kaikissa vaiheissa ja esimerkiksi aineiston hakuprosessin sekä aineiston mukaanotto- ja poissulkukriteerien tarkka raportointi lisäävät tutkimuksen luotettavuutta. Aineiston huolellinen valinta korostuu tutkimuksen luotettavuudesta puhuessa. (Kangasniemi ym. 2013, 297-298; Niela-Vilén & Hamari 2016, 28-30.) Tutkimusaineiston luotettavuutta arvioitiin useaan kertaan ja se valittiin tarkasti tutkimuskysymykseen viitaten. Hakuprosessi ja aineiston valinta sekä käsittely raportoitiin opinnäytetyössä mahdollisimman tarkasti.

Opinnäytetyön vahvuutena on sen melko laaja ja kohtuullisen tuore tutkimusaineisto. Aineistoon sisältyy kokemuksia epävakaa persoonallisuushäiriön hoidosta niin avohoidon kuin osastohoidon osalta. Avohoitoa pystyttiin tarkastelemaan monenlaisesta terapeutisesta näkökulmasta. Aineistossa kuvattiin myös kokemuksia varsin laajasti hoitoprosessin eri vaiheista diagnoosin saamisesta kuntoutumiseen asti. Kaikki valituista tutkimusartikkeleista ovat alle kymmenen vuotta vanhoja, joten artikkeleista saatu tieto on ajankohtaista.

Opinnäytetyössä tehdyt johtopäätökset perustuvat aineistosta kerättyihin tutkimustuloksiin ja vastaavat tutkimuskysymykseen. Tutkimustulosten toistettavuutta ja siirrettävyyttä arvioitaessa on kuitenkin huomioitava se, että laadullisessa, kokemuspohjaisessa tutkimuksessa taustalla voivat vaikuttaa monenlaiset muuttujat, joihin ei voi vaikuttaa. Potilaiden kokemukset hoidosta voivat vaihdella riippuen esimerkiksi heidän taustoistaan ja persoonastaan tai kuntoutumisprosessin vaiheesta. Toisaalta epävakaa persoonallisuushäiriöstä kärsivät potilaat eivät ole yhtenäinen joukko, vaikka he jakavatkin saman diagnoosin, joten yksilöllisiä kokemuksia on yhtä monta kuin potilaitakin.

Kirjallisuuskatsauksessa käytettyjen aineistojen yhteenlaskettu otos on kohtuullinen (N=296) ja tutkimuksiin osallistui henkilöitä eri taustoista ja hoitoprosessin eri vaiheista. Otos edustaa siis hyvin perusjoukkoa. Lisäksi valitussa aineistossa tarkastellaan epävakaa persoonallisuushäiriön hoitoa laajasti niin yksilö- kuin ryhmämuotoisen avohoidon sekä osastohoidon muodossa. On toki muistettava kulttuurin vaikutus

yksilön kokemuksiin. Kaikki valitut tutkimukset on toteutettu ulkomailla ja on vaikeaa sanoa, olisivatko tulokset samanlaiset suomalaisessa kontekstissa. Kulttuuristen tekijöiden lisäksi tutkimustulosten siirrettävyyteen voi vaikuttaa aineistossa mainittujen ennalta suunniteltujen lyhyiden osastojaksojen ero suomalaiseen palvelujärjestelmään, jossa ei tiettävästi vastaavanlaisia osastojaksoja ole tällä hetkellä olemassa.

Opinnäytetyö toteutettiin yksilötyönä, mikä vaikuttaa kirjallisuuskatsauksen luotettavuuteen. Koska aineistoa on analysoinut vain yksi tekijä, on näkökulma varsin yksipuolinen. Tämän lisäksi opinnäytetyön luotettavuuteen vaikuttaa tekijän kokemattomuus kirjallisuuskatsauksen tekemisessä. On myös huomioitava, että tutkimuskirjallisuus oli kokonaisuudessaan englanninkielistä, joten virheelliset tulkinnat, käänkösvirheet tai väärinkäsitykset aineistoa analysoidessa ovat mahdollisia. Tutkimukset olivat kaikki tehty muualla Euroopassa tai Australiassa, mikä saattaa vääristää tuloksia suhteessa suomalaiseen väestöön ja palvelujärjestelmään.

7.2 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli koota ja tarkastella potilaskokemuksia epävakaaan persoonallisuushäiriön hoidosta, jotta sairaanhoitajat voisivat ymmärtää epävakaaan persoonallisuushäiriötä sairastavia potilaita paremmin. Aineisto koostui kokonaisuudessaan ulkomaalaisesta tutkimuskirjallisuudesta, koska suomalaista aineistoa ei opinnäytetyön aiheesta löytynyt.

Tutkimuksissa potilailla oli paljon sanottavaa palveluista. Kokemuksia oli kertynyt niin hyvässä kuin pahassakin. Potilaiden kokemukset painottuivat erityisesti hoidosta saatuihin keinoihin ja tukeen, hoidon rakenteisiin ja kohtaamisiin hoitohenkilöstön kanssa. Potilaat kertoivat myös kokemuksiin palvelujen saatavuuteen ja heidän saamaansa psykoedukaatioon liittyen. Lisäksi potilaat jakoivat kokemuksia liittyen muihin potilaisiin ja omaan itseensä.

Potilaat kokivat oppineensa yksilö- ja ryhmäterapiassa tärkeitä taitoja ja selviytymiskeinoja, jotka auttoivat heitä näkemään asiat myös toisten näkökulmasta ja ymmärtämään paitsi itseään, että muita. Omaksutut tunnetaidot helpottivat epävakaaseen persoonallisuushäiriöön liittyviin haitallisiin selviytymiskeinoihin (esimerkiksi itsensä satuttaminen tai päihteiden käyttö) tukeutumista. (Ng ym. 2019, 4-7.) Yksilö- ja ryhmäterapian yhdistelmää arvostettiin, koska niiden koettiin täydentävän toisiaan (McSherry ym. 2014, 543; Tan ym. 2018, 11; Lonergán ym. 2017, 21).

Ryhmämuotoinen terapia tuki mentalisaatiokyvyn kehittymistä, antoi alustan harjoitella vuorovaikutustaitoja ja tarjosi korjaavia kokemuksia suhteessa toisiin ihmisiin, vaikka ryhmän keskeinen luottamus oli ajoittain varsin hauras muun muassa ryhmän jäsenten vaihtuvuuden takia eivätkä jäsenet täten aina uskaltaneet osallistua avoimesti keskusteluun (Lonergán ym. 2017, 19-22). Muilta saatu vertaistuki auttoi potilaita ymmärtämään, etteivät he ole yksin ongelmansa kanssa ja kokemusten jakaminen vertaisten kanssa oli helpottavaa (McSherry ym. 2012, 543-544; Tan ym. 2018, 9-10.). Ryhmämuotoisen terapian kuljettaminen yksilöterapian ohella on siis oletettavasti varsin toimiva ratkaisu, tarjoaahan ryhmäterapia tutkimusten mukaan eräänlaisen turvallisen testilaboratorion, jossa potilaat saavat valvotuissa oloissa tuoda oppimansa taidot käytäntöön ja reflektoida vuorovaikutustilanteita. Ryhmänvetäjien on syytä tarkastella ryhmän jäsenten välisiä suhteita ja pohtia, miten ryhmän sisäistä luottamusta pidetään yllä, jotta jäsenille voidaan taata turvallinen ympäristö avoimeen keskusteluun.

Yllättävää oli se, että potilaiden saama psykoedukaatio oli vähäistä ja osa potilaista ei saanut sitä ollenkaan, vaikka heidän mielestään epävakaasta persoonallisuushäiriöstä saatu tieto oli tervetullutta (Morris ym. 2014, 253; Lawn & McMahon 2015, 513; McSherry ym. 2012, 542). Potilaiden mukaan psykoedukaatio auttoi heitä ymmärtämään itseään paremmin ja tarjosi heille keinoja hallita oireita (Tan ym. 2018, 6). Tutkimusten mukaan psykoedukaatio parantaa hoitoon sitoutuvuutta ja vähentää sairaalajaksojen määrää psykoosipotilailla (Kieseppä & Oksanen 2013,

2134). Näitä tutkimustuloksia voinee soveltaa myös epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavien hoidossa, jossa yksi haasteista on potilaiden sitouttaminen hoitoon. Voisi kuvitella, että psykoedukaatio loisi myös hyvän ja toiveikkaan pohjan kuntoutumiselle, kun potilaat tietäisivät, että oireet ovat hallittavissa ja hoitoa on saatavilla.

Lyhyet vakauttavat jaksot osastolla auttoivat potilaita pysäyttämään alkavan tai meneillään olevan kriisin ja antoivat heille eräänlaisen hengähdystauon arkielämän haasteista ja vaatimuksista. Osaston tutut rutiinit toivat kriisitilanteeseen rakennetta, ja osastojakson ennustettavuus loi potilaille turvan tunteen. Lyhyet jaksot osastolla pitempien hoitojaksojen sijasta myös mahdollistivat potilaille arjen rooleissa kiinni pysymisen. Lisäksi potilaat korostivat osaston hoitajilta saadun keskusteluavun saamisen suurta merkitystä kriisin välttämisessä tai rauhoittamisessa. Hoitajilta saatu tuki auttoi potilaita avautumaan mieltä painavista asioista. Sen sijaan turvallisen kontaktin puute hoitajaan tai hoitajien negatiiviset asenteet ennustivat epäonnistunutta osastojaksoa. (Helleman ym. 2014, 51-52; Helleman ym. 2018, 3-5.) Lyhyellä vierailulla osastolla voi olla siis hyvinkin vakauttava vaikutus, joka voi pysäyttää alkavan syöksykierteen ja auttaa potilasta ottamaan elämästä ote ennen kuin tämän tilanne pääsee kriisiytymään aivan perusteellisesti. Kenties lyhyillä vakauttavilla jaksoilla osastolla voitaisiin estää pidemmät, mahdollisesti tahdonvastaiset osastojaksot. Hoitajat voivat tukea potilasta kohti onnistunutta hoitojaksoa olemalla kuulevana korvana ja kohtaamalla potilaan lämpimästi.

Yli puolet potilaista kertoi, että osastohoitoon pääseminen oli vaikeaa ja he olivat jääneet vaille osastohoitoa, koska osasto oli täynnä tai heidän tilansa ei ollut tarpeeksi huono osastohoitoa varten (Lawn & McMahon 2015, 514). On ymmärrettävää, että osastolle otettavia potilaita joudutaan laittamaan tärkeysjärjestykseen heidän vointinsa mukaan ja vuodepaikat täyttyvät helposti. Toisaalta tilannetta tulisi tarkastella myös potilaan silmin. Jos epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivä potilas hakeutuu päivystykseen kriisin partaalla, saattaa tilanne hänestä itsestään tuntua pahemmalta kuin se hoitajalle näyttäytyy. Tunnetaitojen ollessa puutteelliset, potilas on

tunteittensa vietävänä ja osastohoito saattaa tuntua ainoalta ratkaisulta. Tässä kohdassa sairaanhoitaja voisi pysähtyä pohtimaan sitä, miten auttaa potilasta juuri siinä hetkessä, jos osastohoito ei tule kysymykseen. Olisiko aikaa istua alas ja antaa potilaalle tilaa puhua ja tulla kuulluksi? Jos osastolla potilaille merkittävimmät avuntuoajat ovat olleet kunnioittava ja lämmin vastaanotto, keskustelu ja rutiinit, miten saman voisi antaa potilaalle avohoidon kautta?

Tutkimuksissa monet potilaat kertoivat kohdanneensa ennakkoluuloja ja huonoa kohtelua liittyen epävakaaseen persoonallisuushäiriöön. Potilaiden kertomuksissa hoitajat eivät halunneet työskennellä heidän kanssaan, koska heidät miellettiin haastaviksi potilaiksi eivätkä hoitajat ottaneet potilaita vakavasti. Lisäksi jotkut potilaista kokivat hoitajien arvostelleen heitä. Joitakin hoitajia kiinnosti hoidon organisoiminen todellisen emotionaalisen tuen tarjoamisen sijasta ja joillakin hoitajilla ei yksinkertaisesti ollut osaamista ja ammattitaitoa epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan kohtaamiseen. (Lawn & McMahon 2015, 513; Morris ym. 2014, 253-254; Ng 2019, 4.) Ammatillisen osaamisen puuttuminen on varsin helposti korjattavissa, mutta ennakkoluulojen kitkeminen on haastavampaa. On huolestuttavaa, että hoito henkilöstön omat ennakoasenteet ja mielipiteet vaikuttavat potilaiden kohtaamiseen. Tilanteessa, jossa potilasta ei pysty kohtaamaan asiallisesti, on tarve miettiä sairaanhoitajan ammattietiikkaa. Hyvä hoito kuuluu kaikille diagnooseista tai muista yksilöllisistä seikoista huolimatta. Tutkimuksista kävi ilmi, että potilaat liittyvät itseensä stigmaa ja he ovat saattaneet rakentaa identiteettinsä epävakaan persoonallisuushäiriön ympärille (McSherry ym. 2012, 544). Potilailla voi olla rankaisevuutta itseään kohtaan tai oireiluun saattaa liittyä voimakasta häpeää. Mitä huono kohtelu hoitohenkilöstöltä tekee tuolle stigmalle, rankaisevuudelle tai häpeälle? Mitä negatiiviset ennakkoluulot kertovat potilaalle tämän identiteetistä, jos se on kytköksissä ennakkoluulojen kohteeseen – epävakaaseen persoonallisuushäiriöön? Potilasta kohdattaessa tulisi muistaa, että vastassa on ihminen ja yksilö, ei diagnoosi.

Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kuntoutuminen voi olla kivikkoinen tie. Hoidon myötä potilaiden itsetunto ja ymmärrys itseä kohtaan kuitenkin kasvaa. (Lonergain

ym. 2017, 22; Katsakou ym. 2012, 3-4). Vaikka repsahduksia sattuu ja usko itseensä saattaa olla joskus kadoksissa, hoidon edetessä potilaat pääsevät taas parempaan arkeen kiinni (Katsakou ym. 2012, 4). Tutkimuksissa potilaat kuvasivat erilaisten merkityksellisten asioiden kuten ihmissuhteiden sekä työelämään ja opintoihin osallistumisen antavan lisäpontta kuntoutumiselle. Myös oman edistyksen näkeminen ja opittujen keinojen hyödyntäminen tuki potilaita heidän kuntoutumisessaan herätellen toivoa ja heidän sisäistä motivaatiotaan. (Ng ym. 2019, 4-6.) Mitä hoitaja voi tehdä pitääkseen yllä potilaan sisäistä motivaatiota ja toivoa? Kuljetusta matkasta muistuttaminen ja tehdyn edistyksen näkyväksi tekeminen voi olla yksi hyvä keino tukea potilasta esimerkiksi silloin, kun potilaan usko itseensä häilyy. Pienetkin onnistumiset ovat edistysaskeleita, jotka kannattaa nostaa esiin.

Opinnäytetyö antoi runsaasti mielenkiintoista tietoa potilaiskokemuksista epävakaan persoonallisuushäiriön hoidossa. Se valotti potilaiden näkökulmaa epävakaan persoonallisuushäiriön hoidosta varsin laajasti osoittaen millaiset asiat hoidossa saavat painoarvoa potilaiden silmissä. Tämä auttaneet sairaanhoitajia astumaan hetkeksi potilaan saappaisiin ja suhtautumaan potilaisiin empaattisemmin.

Seuraava luonnollinen askel olisi tutkia aihetta suomalaisissa asetelmissä. Olisi mielenkiintoista tietää suomalaisten potilaiden näkökulmia kyseisen persoonallisuushäiriön hoitoon, jotta saisimme omaa kulttuuriamme ja palvelujärjestelmäämme vastaavaa tietoa. Lisäksi epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavien osastohoidosta Suomessa löytyy heikosti kirjallisuutta, joten tarkempi tutustuminen aiheeseen voisi olla paikallaan. Myös ennaltasuunniteltujen vakauttavien osastojaksojen toimivuutta suomalaisissa asetelmissä olisi kiintoisaa tutkia, koska tiettävästi tällaista mallia ei Suomessa nykyisellään käytetä, mutta potilaiden kokemukset Alankomaissa ja Ruotsissa ovat olleet positiivisia.

Lähteet

- Epävakaata persoonallisuus. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2015. Viitattu 2.12.2018 Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi
- Helleman, M., Goossens, P., Kaasenbrood, A. & van Acterberg, T. 2014. Experiences of patients with Borderline Personality Disorder with the brief admission intervention: A phenomenological study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23, 442-450. Viitattu 13.12.2019. <https://janet.finna.fi/>, PubMed.
- Helleman, M., Lundh, L-G., Liljedahl, S. I., Daukantaitė, D. & Westling, S. 2018. Individuals' experiences with brief admission during the implementation of the brief admission Skåne RCT, a qualitative study. *Nordic Journal of Psychiatry*. Viitattu 14.1.2020. <https://doi.org/10.1080/08039488.2018.1467966>
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2016. Tutki ja kirjoita. 21. painos. Helsinki: Tammi.
- Huttunen, M. O. 2008. Lääkkeet mielen hoidossa. 2. uud. p. Helsinki: Duodecim.
- Kangasniemi, M. & Pölkki, T. 2016. Aineiston käsittely: kirjallisuuskatsauksen ydin. Julkaisussa: Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2. korjattu painos. Turku: Turun yliopisto.
- Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S-M., Pietilä, A-M., Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. *Hoitotiede*, 25, 4, 291-301. Viitattu 28.11.2018. <https://janet.finna.fi/>, Arto.
- Karila, I. 2019. Kognitiiviset psykoterapiat. Julkaisussa: Psykiatria. Julk. 11.3.2019. Helsinki: Duodecim. Viitattu 11.12.2019. <https://www.jamk.fi/kirjasto>, Oppiportti.
- Katsakou, C., Marougka, S., Barnicot, K., Savill, M., White, H., Lockwood, K. & Priebe, S. 2012. Recovery in Borderline Personality Disorder (BPD): A Qualitative Study of Service Users' Perspectives. *Plos One*. Viitattu 19.1.2020. <https://janet.finna.fi/>, PubMed.
- Kieseppä, T. & Oksanen, J. 2013. Psykoedukaatio psykoosien hoidossa ja kuntoutuksessa. Katsausartikkeli. *Duodecim*, 129, 2133-2139. Viitattu 23.4.2020. <https://janet.finna.fi/>, Medic.
- King, G. 2014. Staff attitudes towards people with borderline personality disorder. *Mental Health Practice*, 17, 5, 30-34. Viitattu 28.11.2018. <https://janet.finna.fi/>, Cinahl Plus with full text.
- Koivisto, M., Stenberg, J-H., Nikkilä, H. & Karlsson, H. 2009. Epävakaan persoonallisuushäiriön hoito. Helsinki: Duodecim.
- Kulacaoglu, F. & Kose, S. 2018. Borderline Personality Disorder (BPD): In the Midst of Vulnerability, Chaos, and Awe. *Brain Sciences*, 8(11). Viitattu 14.4.2020. <https://janet.finna.fi/>, ProQuest

- Lawn, S. & McMahon, J. 2015. Experiences of care by Australians with a diagnosis of borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22: 510-521. Viitattu 13.12.2019. <https://janet.finna.fi/>, PubMed.
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S. & Leweke, F. 2011. Borderline personality disorder. *The Lancet*, 377(9759): 74-84. Viitattu 13.2.2020. <https://janet.finna.fi/>, ProQuest.
- Leppänen, V. 2015. Epävakaan persoonallisuuden hoitomallitutkimus Oulun mielenterveyspalveluissa. Väitöskirja. Oulun yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta. Viitattu 11.12.2019. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526209685.pdf>
- Leppänen, V. Hakko, H., Sintonen, H. & Lindeman, S. 2016. Comparing Effectiveness of Treatments for Borderline Personality Disorder in Communal Mental Health Care: The Oulu BPD Study. *Community Mental Health Journal*, 52(2): 216-277. Viitattu 13.2.2020. <https://janet.finna.fi/>, ProQuest.
- Lonergán, D. Ó., Hodge, S. & Line, R. 2017. Service user experiences of mentalisation-based treatment for borderline personality disorder. *Mental Health Review Journal* 22, 1, 16-27. Viitattu 13.12.2019. <https://janet.finna.fi/>, Cinahl Plus with full text.
- Marttunen, M., Eronen, M. & Henriksson, M. 2017. Persoonallisuushäiriöt. Julkaisussa: *Psykiatria*. 12. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.
- McSherry, P., O'Connor, C. Hevey, D. & Gibbons, P. 2012. Service user experience of adapted dialectical behaviour therapy in a community adult mental health setting. *Journal of Mental Health*, 21, 6, 539-547. Viitattu 13.12.2019. <https://janet.finna.fi/>, Cinahl Plus with full text.
- Melartin, T. & Koivisto, M. 2010. Hoito takkuaa, lääkäri väsy – Persoonallisuushäiriöinen potilas vastaanotolla. Katsausartikkeli. *Lääketieteellinen Aikauskirja Duodecim*, 126, 20, 2389-2398. Viitattu: 27.11.2018. <https://janet.finna.fi/>, Medic.
- Morris, C., Smith, I. & Alwin, N. 2014. Is contact with adult mental health services helpful for individuals with a diagnosable BPD? A study of service users views in the UK. *Journal of Mental Health*, 23, 5, 251-255. Viitattu 3.1.2020. <https://janet.finna.fi/>, Cinahl Plus with full text.
- Ng, F. Y. Y., Townsend, M. L., Miller, C. E., Jewell, M. & Grenyer, B. F. S. 2019. The lived in experience of recovery in borderline personality disorder: a qualitative study. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*. Viitattu 13.12.2019. <https://janet.finna.fi/>, PubMed.
- Niela-Vilén, H. & Hamari, L. 2016. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Julkaisussa: *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä*. 2. korjattu painos. Turku: Turun yliopisto.
- Ramos, V., Canta, G., de Castro, F. & Leal, I. 2016. The relation between attachment, personality, internalizing, and externalizing dimensions in adolescents with borderline personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 2016 Sep; 80(3):213-233. Viitattu 13.2.2020. <https://janet.finna.fi/>, ProQuest.

Steele, K. R., Townsend, M. L. & Grenyer, B. F. S. 2019. Parenting and personality disorder: An overview and meta-synthesis of systematic reviews. Plos One. Viitattu 14.4.2020. <https://janet.finna.fi/>, ProQuest

Stepp, S. D. 2012. Development of Borderline Personality Disorder in Adolescence and Young Adulthood: Introduction to the Special Section. Journal of Abnormal Child Psychology, 2012 Jan; 40(1): 1-5. Viitattu 13.2.2020. <https://janet.finna.fi/>, ProQuest.

Suhonen, R., Axelin, A. & Stolt, M. 2016. Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Julkaisussa: Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2. korjattu painos. Turku: Turun yliopisto.

Tan, Y. M., Lee, C. W., Averbek, L. E., Brand-de Wilde, O., Farrell, J. Fassbinder, E., Jacob, G. A., Martius, D., Wastiaux, S., Zarbock, G. & Arntz, A. 2018. Schema therapy for borderline personality disorder: A qualitative study of patients' perceptions. Plos One. Viitattu 13.12.2019. <https://janet.finna.fi/>, Medline.

Taylor, C. D. J., Bee, P. & Haddock, G. 2017. Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders. Psychology and psychotherapy, 2017 Sep; 90(3): 456-479. Viitattu 10.12.2019. <https://janet.finna.fi/>, PubMed.

Toivio, T. & Nordling, E. 2013. Mielenterveyden psykologia. Tampere: Edita.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.

Weight, E. J. & Kendal, S. 2013. Staff attitudes towards inpatients with borderline personality disorder. Mental Health Practice, 17, 3, 34-38. Viitattu 28.11.2018. <https://janet.finna.fi/>, Cinahl Plus with full text.

Liitteet

Liite 1. Tutkimusaineiston esittely

	Tutkimuksen tekijät, julkaisu, julkaisuvuosi ja tutkimuspaikka	Otsikko	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite	Aineiston keruumenetelmä	Keskeiset tutkimustulokset
1	Morris, C., Smith, I. & Alwin, N. Journal of Mental Health. 2014. Iso-Britannia.	Is contact with adult mental health services helpful for individuals with a diagnosable BPD? A study of service users views in the UK	Tarkastella epävakaaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivien kokemuksia aikuisten mielen-terveyspalveluista ja selvittää mitkä osat alueet ja tekijät ovat avuksi ja mitkä eivät.	N= 9 Semistrukturoitu haastattelu	Potilaat kohtasivat hoitoon haikautuessaan ennakkoasenteita eikä henkilöstöllä ollut aina osaa mistä heidän asianmukaiseen hoitoonsa. Diagnostiikan esittäminen ja psykoedukaatio olivat tärkeä osa kuntoutumista. Hoito keskittyi potilaiden mielestä epäolennaisiin asioihin.
2	Katsakou, C., Marougka, S., Barnicot, K., Savill, M., White, H., Lockwood, K. & Priebe, S. Plos	Recovery in Borderline Personality Disorder (BPD): A Qualitative Study of Service Users' Perspectives	Selvittää, mitä parantumisen epävakaaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivien mukaan on.	N= 48 Semistrukturoitu haastattelu	Suurin osa potilaista ei kokenut parantuneensa täysin, mutta kertoivat saaneensa hoidosta keinoja ongelmiansa hal-

	One. 2012. Iso-Britannia.				litsemiseen ja kokivat pystyvänsä tekemään merkityksellisiä asioita elämässään. Kuntoutumiseen liitettiin sellaisia asioita kuin itsetunnon lisääntyminen, itsensä hyväksyminen, tunteiden hallinta, itsetuhoisuuden vähentyminen, merkitykselliset ihmissuhteet sekä osallistuminen työelämään.
3	Tan, Y. M., Lee, C. W., Averbeck, L. E., Brand-de Wilde, O., Farrell, J. Fassbinder, E., Jacob, G. A., Martius, D., Wastiaux, S., Zarbock, G. & Arntz, A. Plos One. 2018. Australia, Alankomaat & Saksa.	Schema therapy for borderline personality disorder: A qualitative study of patients' perceptions	Tutkia, millaisia kokemuksia epävakasta persoonallisuushäiriöstä kärsivillä potilailla on skeematerapiasta sen kahdessa eri muodossa: intensiiviryhmissä ja yks-	N= 36 Semistrukturoitu haastattelu	Potilaat kokivat saavansa terapiasta keinoja ja työkaluja tunteiden ja oireiden hallintaan. Ryhmissä he pääsivät jakamaan kokemuksiaan, joskin ryhmiin liittyi joidenkin potilaiden

			silö- ja ryhmäterapiapian yhdistelmänä.		kohdalla turvatomuuden tunnetta.
4	Ng, F. Y. Y., Townsend, M. L., Miller, C. E., Jewell, M. & Grenyer, B. F. S. Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation. 2019. Australia.	The lived experience of recovery in borderline personality disorder: a qualitative study	Muodostaa ymmärrys kuntoutumisen eri vaiheissa olevien epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivien potilaiden kokemuksista kuntoutumiseen liittyen sekä siitä, miten he käsitteellistävät kuntoutumisen	N= 14 Semistrukturoitu haastattelu	Kuntoutuminen epävakaasta persoonallisuushäiriöstä etenee kolmessa vaiheessa: jümässä olemisesta, diagnoosin saamisesta ja korjaavista kokemuksista. Potilaiden kertomuksista poimittiin neljä prosessia, jotka vaikuttivat potilaiden kuntoutumiseen ja joihin tulisi kiinnittää huomiota hoidon toteuttamisessa. Näitä prosesseja olivat: aktiivinen osallistuminen kuntoutumisprosessiin, toivo, hoito sekä merkitykselliset toiminnot ja ihmissuhteet.

5	McSherry, P., O'Connor, C. Hevey, D. & Gibbons, P. Journal of Mental Health. 2012. Ir-lanti.	Service user experience of adapted dialectical behaviour therapy in a community adult mental health setting	Tutkia palvelunsaajien näemyksiä julkisessa terveydenhuollossa toteutetun sovelletun dialektisen käyttäytymisterapian tehokkuutta.	N= 8 Semistrukturoitu haastattelu	Potilaat saivat hoidosta erilaisia keinoja ja tukea ja hyötyivät niin ryhmä- kuin yksilömuotoisesta terapiasta. Terapia vahvisti potilaiden itsetuntoa ja loi ymmärrystä itseä kohtaan. Ryhmistä saatuja ryhmätaitoja ja vertaistukea arvostettiin, mutta muutokset ryhmässä ja istuntojen jäykkä rakenne nähtiin kehittämiskohteenä. Potilaat toivoivat myös pidempiä ryhmätapaamisia.
6	Helleman, M., Goossens, P., Kaasenbrood, A. & van Actenberg, T. International Journal of Mental Health	Experiences of patients with Borderline Personality Disorder with the brief admission intervention	Kuvailla epävakaa persoonallisuushäiriöstä kärsivien potilaiden kokemuksia brief admissiion-jaksoista.	N= 13 Haastattelu	Potilaat arvostivat yksilöllisiä hoitosuunnitelmia. Keskustelut ja positiiviset kohtaamiset hoitajien kanssa olivat merkittäviä

	Nursing. 2014. Alankomaat.	tion: A phenomenological study			tekijöitä kriisin yli pääsemisessä ja hoitojakson onnistumisessa. Potilaat saivat osastolla tauon arkipäivän vaatimuksista ja osaston tutut rutiinit auttoivat potilaita saamaan kontrollin elämästä.
7	Lonergain, D. Ó., Hodge, S. & Line, R. Mental Health Review Journal. 2017. Iso-Britannia.	Service user experiences of mentalisation-based treatment of borderline personality disorder	Tutkia palvelunsaajien kokemuksia mentalisaatioon perustuvasta hoidosta	N= 7 Semistrukturoitu haastattelu	Yksilöterapialle annettiin paljon arvoa ja se nähtiin keskeisenä osana kuntoutumisessa. Potilaat kokivat, että yksilöterapia ja ryhmäterapia tukivat toisiaan, mutta ryhmän jäsenten jatkuva vaihtuvuus vaikeutti merkittävästi luottamussuhteen luomista muihin potilaisiin ja vaikeutti poti-

					laiden osallistumista ryhmäkeskusteluun.
8	Helleman, M., Lundh, L-G., Liljedahl, S. I., Daukantaité, D. & Westling, S. Nordic Journal of Psychiatry. 2018. Ruotsi.	Individuals' experiences with brief admission during the implementation skåne RCT, a qualitative study	Ymmärtää yksilöiden kokemuksia brief admission-jaksosta BASRCT:n (Brief Admission Skåne randomized controlled trial) pilottivaiheessa, jotta voitaisiin ymmärtää jaksoon liittyvät rajoitteet ja vahvuudet ja helpottaa brief admission-jaksojen toteuttamista muissa hoitoyksiköissä.	N= 8 Semistrukturoitu haastattelu	Potilaat kokivat saavansa eniten apua osaston rutiineista sekä positiivisista kohtaamisista hoitajien kanssa. Potilaat raportoivat joitakin negatiivisia kohtaamisia. Syitä brief admission-jaksolle haakeutumiseen olivat muun muassa itsetuhoisten impulssien hallitseminen, eristäytymisen keskeyttäminen, pitkien tai vastentahtoisien osastojaksojen estäminen sekä tarve levätä ja ottaa kiinni rutiineista. Pelko huonosta kohtelusta, osastopaikkojen puutteesta

					<p>ja vaikeudet arvioida, onko oireilu tarpeeksi vakava osastojaksolle, estivät potilaita hakeutumaan brief admission-jaksolle. Joidenkin potilaiden kohdalla tilanne pääsi kriisiytymään niin, että he tarvitsivat akuuttia hoitoa.</p>
9	<p>Lawn, S. & McMahon, J. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2015. Australia.</p>	<p>Experiences of care by Australians with a diagnosis of borderline personality disorder</p>	<p>Ymmärtää epävakaaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivien australialaisten kokemuksia hoidon hakemisesta ja saamisesta niin julkisessa kuin yksityisessä terveydenhuollossa.</p>	<p>N= 153 Verk- koksely</p>	<p>Potilaat kohtasivat hoitoa hakieksaan ennakkoluuloja ja syrjintää niin julkisella kuin yksityisellä puolella. Akuutissa kriisissä avun saaminen ensiavusta oli potilaiden kokemusten mukaan erityisen vaikeaa. Julkisen terveyden huollon tarjoama tuki koettiin riittämättömänä suhteessa</p>

					potilaiden tarpeisiin.
--	--	--	--	--	------------------------